

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 décembre 1896, à 1 heure

Par PAUL-BONCOUR (GEORGES)

Né à Saint-Aignan-sur-Cher (Loir-et-Cher), le 30 mars 1866

Ancien interne des hôpitaux et de l'hôpital des Enfants-Malades

Membre de la Société d'Anthropologie.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR LES

PLEURÉSIES PURULENTES DE L'ENFANCE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.

ALBARRAN, }
ROGER, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 décembre 1896, à 1 heure

Par PAUL-BONCOUR (GEORGES)

Né à Saint-Aignan-sur-Cher (Loir-et-Cher), le 30 mars 1866

Ancien interne des hôpitaux et de l'hôpital des Enfants-Malades

Membre de la Société d'Anthropologie.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR LES

PLEURÉSIES PURULENTES DE L'ENFANCE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.

ALBARRAN, } *agréés.*
ROGER, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	N....
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOUIS PAUL-BONCOUR

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

A MON COUSIN

LE DOCTEUR EUGÈNE PAUL-BONCOUR

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

*qui n'a cessé de me donner des témoignages
d'affection et de dévouement dont je ne
saurais lui être trop reconnaissant.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0082

AVANT-PROPOS

M. le Dr J. Simon (1) dans une clinique s'exprime en ces termes : « Si vous voulez bien comprendre les pleurésies dans l'enfance, il vous faut à peu près oublier toutes les notions classiques et quelque peu schématiques que vous pouvez avoir sur les pleurésies en général. La pleurésie type à symptômes bien caractérisés est d'une extrême rareté chez l'enfant ; chez lui vous n'observez guère que des pleurésies consécutives soit à des lésions du poumon, pneumonie, broncho-pneumonie, tuberculose, soit à des maladies infectieuses, rougeole, scarlatine, coqueluche, fièvre typhoïde. En même temps que l'inflammation pleurale, il y a presque toujours inflammation similaire des bronches et du poumon. La pleurésie présente de plus une tendance remarquable à l'enkystement, Vous comprenez déjà combien ces 3 faits : affection secondaire, coexistence de l'inflammation des bronches et du poumon, enkystement fréquent, rendent les symptômes anormaux et variables.

Le pronostic n'est pas moins paradoxal. La pleurésie de l'enfant se termine très fréquemment par la suppuration et néanmoins les pleurésies suppurées guérissent presque toujours. »

On a prétendu cependant que la pleurésie purulente de l'enfant ne nécessitait pas une description spéciale ; on invoque ce fait que c'est la plus grande fréquence de l'agent cause de la suppuration, qui singularise la maladie. La plupart des pleurésies infantiles sont des pleurésies à pneumocoques ; décrire la pleurésie purulente infantile revient donc à donner un tableau de la maladie de même nature chez un adulte. Or chez un enfant la pleurésie purulente a une physionomie spéciale. La citation de M. le Dr Simon montre suffi-

(1) *Progrès médical*, 31 janvier 1891.

samment les particularités symptomatologiques de l'affection et le seul fait de passer une année dans un service d'enfants nous a montré les différences cliniques et diagnostiques que l'on y rencontre.

Chez un adulte on peut rencontrer une disproportion entre une lésion organique et les symptômes par lesquels elle se manifeste. Ce fait est bien plus fréquent encore chez l'enfant. Une lésion importante se traduit par des symptômes insignifiants.

L'effet inverse se produira et devant une lésion presque négligeable l'enfant réagit violemment. Avons-nous besoin de rappeler l'origine de certaines convulsions se déclarant avec une intensité inouïe et reconnaissant pour seule cause de la diarrhée ou des vers intestinaux ?

L'empyème infantile peut passer inaperçu, ou à peu près ; une de nos observations fournit un argument en faveur de notre opinion.

Bouveret est d'avis, « qu'il s'agisse de formes aiguës, subaiguës ou chroniques, que l'empyème infantile est assez souvent latent, particulièrement chez les tout petits enfants et chez ceux qui sont débilités ou épuisés par une maladie antérieure. Le petit malade a de la fièvre et de l'agitation ou bien il maigrit et dépérit de jour en jour, sans qu'aucun signe appelle vivement l'attention du côté de la pleurésie ou du côté de la plèvre. »

Le pronostic ne tient pas seulement à la nature spéciale de l'agent microbien ; la bénignité dépend aussi des conditions physiologiques d'expansibilité et de vitalité du poumon dues uniquement à l'âge.

Toutes ces remarques nous semblent légitimer la nécessité d'études ou tout au moins de considérations spéciales sur la pleurésie purulente de l'enfant. Notre but n'est pas d'étudier avec détails tout ce qui a trait à l'empyème infantile : nous nous bornerons à des considérations purement cliniques sur les causes, les débuts différents de la maladie ou sur son traitement. Nous n'avons étudié que quelques-unes des particularités de l'affection à l'exclusion des autres non moins importantes et intéressantes.

Notre attention a été mise en éveil par les faits que nous avons sous les yeux et leur observation a déterminé notre choix.

Ce qui nous a plus encore guidé dans ce choix ce sont les conseils éclairés et bienveillants de notre maître, M. le Dr Jules Simon, chez qui nous avons l'honneur et la bonne fortune de pouvoir terminer notre internat. C'est lui qui nous a inspiré ce travail et qui nous a dirigé dans l'observation clinique des faits et dans leur thérapeutique. Nous sommes heureux d'avoir pu presque à chaque page soit citer ses propres paroles, soit exposer ses idées. Qu'il nous pardonne si ce que nous écrivons ne rappelle en rien ses intéressantes cliniques ou si nous essayons de résumer ses causeries du samedi pleines d'enseignements pour ses nombreux auditeurs.

A la veille de quitter l'internat nous tenons à remercier M. le Dr Landrieux de l'excellente année que nous fîmes dans son service de Lariboisière comme interne.

Nous exprimons toute notre gratitude à M. Bourneville de la bienveillance qu'il nous a témoignée, lorsque nous avons l'honneur d'être son interne, et qu'il veut bien nous continuer encore.

Nous avons eu comme maître M. le Dr Walther, nous gardons le meilleur souvenir de son enseignement et de la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous sommes heureux d'avoir profité des leçons de MM. les Drs Beurnier et Albarran.

Nous regrettons vivement les circonstances qui nous ont empêché de travailler comme interne sous la direction de M. Reynier. Etant interne provisoire dans son service nous avons été à même d'apprécier son expérience.

Nous sommes reconnaissant à M. Brissaud du fruit que nous avons retiré d'une année d'externat dans son service.

Nous nous rappelons le temps trop court où nous avons cependant pu apprécier MM. Rendu, Dalché, Courtois-Suffit, Barbier, Potherat et Chaput.

Nous devons un témoignage tout particulier de reconnaissance à notre ami Arrou, chirurgien des hôpitaux, qui nous a aidé de

ses conseils pour la préparation de l'internat et nous a toujours conservé sa précieuse amitié.

Nous prions M. le Professeur Dieulafoy qui a accepté la présidence de cette thèse de croire à notre reconnaissance et d'agréer nos respectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Fréquence comparée des épanchements purulents et séro-fibrineux chez les enfants.

La pleurésie purulente n'est pas rare chez les enfants. Mackey (1) ayant relevé les cas de pleurésie avec épanchement, observés dans un hôpital aussi bien chez des adultes que chez des enfants, arrive aux proportions suivantes :

Chez ces derniers il donne une proportion de 40 pour 100 d'épanchements purulents ;

Chez les adultes la proportion n'atteint que 5 pour 100.

La différence qu'il signale entre les deux âges existe incontestablement : la proportion des pleurésies purulentes par rapport aux séreuses nous semble toutefois exagérée chez les enfants.

Comparant les résultats des différents auteurs, nous lisons dans le *compendium* de médecine, qu'on rencontre chez l'enfant les épanchements purulents dans une proportion de 13 pour 100. Baron (2) donne les chiffres de 18 pour 100 ; Israël (3) a trouvé sur 206 épanchements pleuraux 59 fois du liquide purulent : ceci donne donc une moyenne de 29 pour 100.

De même Damaschino (4) a rencontré 3 empyèmes sur 24 épanchements pleuraux.

Nous sommes frappé à première vue des différences notables qui existent entre ces résultats statistiques, et de l'écart énorme qu'il y a entre les chiffres de Mackey et ceux du *compendium* ou de Baron.

Les cas de pleurésies séreuses et purulentes qu'il nous a été

(1) *Medical Times and Gazette*, 1875.

(2) Thèse de Paris, 1841.

(3) SIMMONDS, *Deutsch Archiv für klin. Medicin.*

(4) Thèse d'agrégation, Paris, 1869.

donné d'observer durant notre internat à l'hôpital des Enfants-Malades nous permettent d'établir des proportions plus minimales.

En l'espace de neuf mois nous avons constaté 39 pleurésies et sur ce nombre il y en a eu 5 qui ont été purulentes. Avant de tirer toute conclusion nous ferons remarquer :

1^o Que tous ces cas ont été observés par nous dans un même service (celui du Dr Jules Simon) ;

2^o Qu'ayant l'intention, dès notre arrivée dans ce service, de faire ce travail sur la pleurésie infantile, nous avons examiné avec un soin scrupuleux l'état pleural de la plupart de nos enfants, aussi bien de ceux qui étaient atteints d'une affection pulmonaire que de ceux qui entraient pour une toute autre cause ;

3^o Que notre salle d'enfants ne contient que 45 lits.

Or les différentes statistiques ne portent pas en général sur des cas observés personnellement par ceux qui les publient : on réunit en masse les cas vus pendant un certain nombre de mois ou d'années dans les divers services d'un hôpital. C'est ainsi qu'ont agi Simmonds, Baron, Mackey.

Ce mode de faire, qui est inattaquable quand il se borne à classer des faits suivant différentes conditions étiologiques, a des chances de ne pas être d'une exactitude mathématique pour établir un pourcentage.

En effet un premier point nous frappe dans les cas que nous avons observés : nous avons, dans un temps relativement court et sur un nombre assez restreint d'enfants, une quantité considérable de pleurésies avec épanchement (1).

Nous l'avons fait remarquer à l'instant, nous avons recherché la pleurésie avec insistance et d'une façon systématique. Dans plusieurs cas nous avons trouvé des épanchements que rien ne faisait prévoir : les enfants ne souffraient aucunement du côté de la cage thoracique, n'avaient pas de température et n'avaient jamais eu aucun trouble appréciable ; dans d'autres l'épanchement accom-

(1) M. Jules Simon a été frappé du grand nombre de pleurésies observées dans le cours de l'année et à plusieurs reprises il en a parlé au lit des malades en insistant sur la difficulté du diagnostic des épanchements pleuraux.

pagnait une pneumonie ; enfin il reste ceux où l'épanchement séreux ou purulent était facile à diagnostiquer.

Donnant ces résultats sous forme de tableau nous arrivons à ceci :

12 pleurésies séreuses succédant à une pneumonie ou l'accompagnant ;

16 pleurésies séreuses à symptômes appréciables et permettant de faire un diagnostic rapide (rhumatisme, point de côté thoracique ou abdominal, gêne respiratoire) ;

5 pleurésies purulentes ;

6 pleurésies séreuses latentes ;

Soit 39 cas.

Parmi ces faits nous voyons que 6 fois le diagnostic n'a été porté rapidement qu'en raison de notre habitude d'explorer les cavités pleurales. D'autre part les pneumonies qui ont été accompagnées de pleurésies séreuses n'offraient rien de particulier au point de vue pleural. Dans 4 cas notamment la pneumonie siégeait au voisinage de la base du poumon, et l'auscultation aussi bien que la percussion ne nous avaient nullement éclairé sur la présence de liquide : ce sont des ponctions exploratrices à l'aide de la seringue de Pravaz qui ont dénoté son existence.

Nous nous croyons donc en droit de conclure : que souvent des pleurésies séreuses passent inaperçues chez les enfants. Faut-il les appeler latentes ou faut-il les considérer comme telles parce que les enfants n'analysent pas suffisamment leurs sensations douloureuses ou leur gêne de respiration ? Nous constatons le fait sans l'apprécier.

En second lieu nous pensons, et c'est du reste l'opinion de notre maître le Dr Jules Simon, que souvent la pneumonie entraîne une inflammation totale du système respiratoire. Il existe rarement une pneumonie isolée et les organes de la respiration sont à un degré quelconque sous le coup d'une congestion concomitante ou secondaire. C'est un point spécial à l'enfance. M. le professeur Dieulafoy qui insiste à juste titre sur la nécessité de faire un état morbide distinct des fluxions de poitrine conclut que « certaines

formes servent de transition pour arriver à la pneumonie lobaire. La pneumonie lobaire ne se présente pas toujours avec le type irréprochable et classique qu'on lui prête pour les besoins de la description. Elle confine souvent à la fluxion de poitrine et entre les deux la barrière n'est pas infranchissable » (1).

L'enfant en somme prend fréquemment ce type qui chez les adultes mérite de rentrer dans les fluxions de poitrine.

Ces inflammations pleurales disparaissent avec la pneumonie ou persistent peu de jours après elle, à moins qu'elles ne soient purulentes. Quoi qu'il en soit, ces pleurésies et les pleurésies dites latentes augmentent d'autant le nombre des pleurésies séreuses. Elles diminuent donc la proportion des pleurésies purulentes par rapport aux épanchements séro-fibrineux. Ceci nous explique les différences notables entre les chiffres que nous avons cités. Les cas qui rentrent dans les statistiques énoncées plus haut ont été rapportés par différentes personnes qui n'ont pas agi toutes comme nous l'indiquons ; les variations dans leurs résultats n'ont donc rien d'étonnant.

(1) DIEULAÉFOY, *Manuel de pathol. interne*, 1894, t. I, p. 199.

CHAPITRE II

Causes de la fréquence de l'empyème infantile.

Pour l'expliquer on a invoqué des causes multiples et bien diverses.

Pour Jenner (1) la tuberculose serait la cause de cette purulence.

Cadet de Gassicourt (2) remarque que chez les enfants l'assimilation et la désassimilation sont très actives : les privations, la mauvaise hygiène, amènent rapidement un état de débilité, et en second lieu la suppuration.

Faut-il voir comme le veut Simmonds une réaction plus grande chez un enfant que chez un adulte ? La conséquence serait qu'une pleurésie séreuse chez ce dernier tendrait à devenir purulente chez un enfant.

Mlle Anna Finkelstein attribue la fréquence du pus à la rareté des affections qui donnent lieu à la pleurésie séro-fibrineuse, tels que le rhumatisme et la tuberculose.

La plupart de ces causes peuvent entrer en ligne de compte, sans toutefois avoir une influence bien affirmée.

Le rhumatisme de même que la tuberculose sont loin d'être rares chez l'enfant. Cette dernière a malheureusement des déterminations trop fréquentes quel que soit l'âge, pour que nous nous y arrêtons. Quant au rhumatisme, et cela se produit fréquemment au-dessous de 15 ans, il a des déterminations spéciales, souvent mobiles et transitoires plus souvent bien accentuées.

M. Simon (3) a enseigné que le rhumatisme n'était pas rare à

(1) *Medical Times*, t. I.

(2) Cité par FINKELSTEIN. Thèse de Paris, 1890.

(3) *Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants*,

t. I, p. 389, 1887.

partir de 10 ans, il se manifeste par des localisations identiques à celles des adultes et facilement reconnues, mais prend aussi certaines formes spéciales pouvant être ignorées, et cependant justifiables du traitement par le salicylate. Tels sont le rhumatisme des petites articulations, les synovites tendineuses, les localisations bien nettes de l'influence rhumatismale sur les muscles, les nerfs, le périoste, les os.

La détermination rhumatismale pouvant se faire aussi bien sur la plèvre que sur une autre séreuse, M. Jules Simon ne serait pas éloigné de croire que les pleurésies dites latentes sont, chez beaucoup d'enfants, de nature rhumatismale. Il serait donc erroné de mettre en avant la rareté des affections tuberculeuses et rhumatismales chez l'enfant pour expliquer la disproportion entre les pleurésies séreuses et purulentes.

La fréquence de la pneumonie et de la broncho-pneumonie en premier lieu, et des maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, diphtérie, coqueluche, fièvre typhoïde) en second lieu, sont manifestement la cause de la purulence des épanchements. Mais il faut s'entendre sur leur part respective dans cette production de l'empyème et sur leur mode d'action.

La cause la plus importante est que l'enfant est plus exposé que tout autre aux maladies qui provoquent la suppuration de la plèvre : la pneumonie et la broncho-pneumonie.

Cette opinion est du reste exprimée par Mlle Anna Finkelshtein (1) : « La pneumonie, aussi bien lobaire que lobulaire, constitue un agent important dans l'étiologie de l'empyème, et bon nombre de pleurésies purulentes infantiles, en apparence spontanées, doivent être attribuées à des pneumonies restées latentes, car nous savons combien le diagnostic de pneumonie chez l'enfant peut être difficile pour bien des raisons, en particulier à cause de l'absence d'expectoration. » Nous verrons ce qu'il faut penser des pneumonies latentes, nous ne retenons qu'un fait, c'est que les affections pulmonaires ont une importance considérable dans la production du pus, et ceci d'une façon directe.

(1) *Loco citato.*

Les maladies infectieuses n'ont pas une action aussi simple sur la plèvre. Ce n'est pas l'agent de la maladie qui a provoqué la suppuration : il y a eu d'abord lésion pulmonaire et secondairement infection pleurale.

M. Netter (1) a fort bien établi ce fait ; dans les maladies infectieuses la broncho-pneumonie n'est pas due à l'agent de la maladie première, mais aux organismes hébergés par la cavité buccale engendrant la broncho-pneumonie primitive. Ces maladies diminuent la résistance de l'organisme et font disparaître les conditions qui s'opposent à l'action des microbes ; ceux-ci à l'état normal existent sans inconvénient à l'entrée des voies aériennes. De plus les maladies générales exagèrent l'activité des microbes.

Etant donné qu'ils sont plus souvent sous le coup des maladies infectieuses, les enfants sont donc, plus que les adultes, sujets à la broncho-pneumonie et secondairement à la pleurésie purulente.

Ce sont là des raisons inattaquables qui seules suffisent à expliquer la fréquence de l'empyème infantile. La bactériologie confirme cette manière de voir en montrant dans le cours des maladies infectieuses des purulences dues au seul pneumocoque.

Certaines infections peuvent cependant provoquer l'empyème sans que l'agent provienne du poumon. On rencontre certaines pleurésies provoquées primitivement par la scarlatine et l'infection puerpérale. Mais leur total relativement restreint n'infirmes en rien la nature pulmonaire du plus grand nombre.

Il est bon de signaler ici plusieurs circonstances qui ont favorisé l'apparition d'un empyème. Citons les affections osseuses de la cage thoracique ou du sternum, les maladies suppurées du foie, les lésions de l'appendice.

Mlle Anna Finkelstein, d'après un relevé qu'elle a fait avec beaucoup de soin des causes ayant provoqué la pleurésie dans 241 cas, n'incrimine la péritiphlite qu'une fois.

D'après Wolbrecht (2) cette association pathologique serait ce-

(1) *Nouveau traité de Médecine*, art. Broncho-pneumonie.

(2) *Bulletin médical*, 1892, p. 297.

pendant fréquente et si elle est méconnue c'est parce qu'on néglige habituellement d'interroger la plèvre au cours de la pérityphlite. Il rapporte que sur 89 cas de pérityphlite observés à la clinique de Gerhart, 34 fois on a trouvé de la pleurésie. Ceci donne donc une proportion de 38 0/0. Deux fois ces pleurésies furent purulentes.

Baginsky (1) a rapporté le cas d'un enfant de 2 ans qui fut apporté à l'hôpital avec une pleurésie droite ; on retira 1 litre $1/2$ de pus. Le malade paraissait en voie de guérison, mais il fut pris de ténesme et de diarrhée muco-sanguinolente et mourut. A l'autopsie on trouva des adhérences unissant le côlon ascendant à la partie supérieure du foie et à la paroi abdominale. Ces adhérences limitaient une collection purulente ayant perforé le diaphragme et envahi la plèvre. Le point de départ des accidents était l'appendice vermiforme qui était ulcéré et contenait une concrétion stercorale.

Dans les cas de pleurésie séreuse où nous n'avons trouvé aucune cause productive plausible il y a celui d'un enfant qui nous affirma avoir été soigné six mois auparavant pour un « engouement de l'intestin ». Il prétendit qu'il avait eu des douleurs dans la fosse iliaque droite. Cet enfant âgé de 10 ans avait été soigné au dispensaire Furtado-Heine. Sa mère interrogée à ce sujet nous répondit que l'enfant se plaignant continuellement de coliques et de constipation, elle l'avait envoyé en effet au dispensaire, mais elle ne l'avait jamais accompagné.

Ce fait est trop vague pour que nous en tirions une conséquence.

On a vu aussi des foyers de suppuration situés en un point quelconque de l'organisme amener un empyème.

Koplik (2) signale le fait d'un enfant de 4 mois atteint de cette affection à la suite d'une arthrite suppurée du pied.

Mlle Anna Finkelstein incrimine aussi la suppuration des ganglions lymphatiques.

(1) *Bulletin médical*, 1892, p. 1427.

(2) *Archiv. of Pediatric*, oct., 90.

Nous savons que dans la diphtérie, la pleurésie purulente n'est pas rare.

Notre collègue et ami Petit nous a communiqué un certain nombre d'observations qu'il a recueillies au pavillon de la diphtérie. Parmi celles-ci il y en a une, où une infection à streptocoques s'est accompagnée d'un épanchement purulent également à streptocoques.

OBSERVATION (résumée).

Alice Plat, âgée de 17 mois, entre le 12 février 1896 à la salle Trousseau. La malade entre avec du tirage ; la fièvre s'élève à 40° ; le tubage ne soulage pas la malade. La gorge n'a rien mais il y a une plaque diphtéroïde sur la langue. L'examen dénote la présence de streptocoques. Le poumon était sain. La dyspnée continue le 13, l'état général est très mauvais ; on injecte du sérum de Marmoreck ; la malade meurt le soir.

A l'autopsie on trouve une pleurésie purulente double. Récente à droite, elle est plus ancienne à gauche. Le liquide y est louche, les exsudats fibrineux tapissent les plèvres ; il y a des adhérences interlobaires. A droite il y a peu de liquide et il est légèrement hémorrhagique. L'inoculation de la culture à un lapin donne une arthrite purulente de la patte antérieure gauche et du streptocoque dans le sang.

Cette observation est intéressante, car elle tend à montrer, étant donné la diffusion des lésions et l'état général, que l'infection de la plèvre s'est faite directement sans l'intermédiaire du poumon qui était sain.

CHAPITRE III

De l'âge où la pleurésie purulente est le plus fréquente.

Le raisonnement suffit à établir l'âge où l'on rencontrera surtout les pleurésies purulentes chez les enfants. La lésion pulmonaire étant la cause le plus fréquemment en jeu, il suffit de rechercher l'époque de l'enfance où ces lésions sont vues principalement.

La pneumonie, rare chez les nourrissons, commence à se montrer chez les enfants en bas âge et devient plus fréquente dans la seconde enfance. Par contre, la broncho-pneumonie dans la première enfance est la complication accompagnant invariablement ou à peu près les maladies qui peuvent survenir. Sans passer en revue les différentes fièvres éruptives, ce que l'on constate dans la rougeole suffit amplement à le démontrer.

Barthès et Sanné donnent l'âge de deux ans comme celui où la rougeole atteint le plus souvent l'enfant.

Sur un millier de cas, nous trouvons les chiffres suivants :

à 1 an	24 cas
« 2 ans.	320 —
« 3 —	292 —
« 4 —	266 —

Ensuite la fréquence de cette maladie va en décroissant ; comme M. Netter le pense, d'après une statistique de Bartels, c'est de 1 à 5 ans que la complication broncho-pneumonie accompagne surtout la rougeole.

En ne tenant compte que de cette seule maladie, on comprendra aisément que la pleurésie purulente doive également sévir avec plus d'intensité de 0 à 5 ans, c'est-à-dire dans la première enfance.

L'observation contrôle du reste cette façon de voir. La statistique

de Simmonds que tous les auteurs rapportent à ce sujet montre que :

De	0	à	1 an	il y a	41 cas
—	1	«	2 ans	—	25 —
—	2	«	3 —	—	23 —
—	3	«	4 —	—	41 —
—	4	«	5 —	—	30 —
—	2	«	6 —	—	21 —

On voit par là que le maximum de fréquence se trouve exactement à 4 ans. Ce maximum vient évidemment de ce que à cet âge les fièvres éruptives et la pneumonie se rencontrent plus souvent. Barthès et Sanné sur 406 cas de pneumonie observés chez les enfants en ont trouvé 242 de 2 à 6 ans et 164 de 7 à 14 ans. Ils font remarquer pour rendre ce résultat plus concluant que la période de 2 à 6 ans embrasse 5 années seulement tandis que celle de 7 à 14 ans en comprend 8.

M. Netter n'est pas moins concluant, et ne s'occupant que de la pleurésie à pneumocoques il trouve sur 286 observations :

De	0	à	10 ans	93 cas
—	10	à	20 —	62 —

la pleurésie va ensuite en diminuant avec l'âge.

A en croire certains auteurs cette fréquence plus grande de la pleurésie aux premières années de la vie serait au-dessous de la vérité. Baron fils, dans une statistique portant sur 397 empyèmes ayant existé chez des enfants, en a constaté 128 chez des nourrissons aux premiers mois de leur vie.

Bouveret (1) cite des cas de pleurésie purulente observés par Mignot et Lewis Schmith chez des nourrissons.

Heubner (2) insiste aussi sur une forme d'empyème survenant avant l'âge de deux ans.

(1) *Traité de l'empyème.*

(2) *Jahrbuch für Kinderheilk.*, 1884.

CHAPITRE IV

Origine de l'agent infectieux.

Nous n'insistons pas sur les différents micro-organismes qui ont été rencontrés dans le pus des empyèmes infantiles. M. Netter (1) sur 28 cas de pleurésie infantile a trouvé 15 fois le pneumocoque seul ou associé au streptocoque et au staphylocoque, 5 fois le streptocoque, 3 fois le bacille de Koch. L'enseignement à tirer de cette communication de M. Netter c'est que plus de la moitié des pleurésies purulentes infantiles sont à pneumocoques.

Ceci donne l'explication du plus grand nombre de pleurésies purulentes de l'enfant, car nous savons que le pneumocoque a une tendance toute spéciale à faire suppurer les séreuses.

Dans un poumon atteint de pneumonie la suppuration arrivera par le fait d'autres microbes pathogènes ; dans la plèvre le pneumocoque suffira seul à faire suppurer. Pour M. Netter la pleurésie putride ne serait pas exceptionnelle chez l'enfant (10,7 pour 100). De même Schwartz donne une proportion de 14,3 pour 100 de pleurésies putrides.

Ce qui nous semble particulièrement intéressant à étudier, c'est l'origine des microbes.

Lorsque la pleurésie est métapneumonique, lorsqu'il y a une bronchopneumonie existante, la réponse est facile à faire.

La difficulté commence lorsqu'il n'y a pas de causes appréciables. Si quelques semaines ou quelques mois avant la découverte de l'empyème, il y a eu une scarlatine, une rougeole, on peut encore mettre l'épanchement sur le compte de la lésion pulmonaire qui a eu beaucoup de chances d'exister. Nous avons déjà parlé du rôle de la maladie générale dans ces déterminations.

(1) NETTER, *Société médicale des hôpitaux*, 16 mai 1890.

Si rien ne peut expliquer la présence du pus, faut-il incriminer une pneumonie restée latente ?

Mlle Anna Finkelstein écrit : « La pneumonie aussi bien lobulaire que lobaire constitue un agent important dans l'étiologie de l'empyème, et bon nombre de pleurésies purulentes infantiles en apparence spontanées doivent être attribuées à des pneumonies restées latentes. Or nous savons combien le diagnostic de pneumonie chez l'enfant peut être difficile pour bien des raisons, en particulier à cause de l'absence d'expectoration. »

Nous rejetons complètement cette conception des empyèmes inexpliqués.

La pneumonie est latente en ce sens que ni la percussion ni l'auscultation ne révèlent chez l'enfant de signes physiques. Mais il est rare que cette pneumonie n'arrive pas à se révéler au bout de 24 ou 36 heures par le râle crépitant ou le souffle tubaire.

En admettant que ces signes ne viennent pas à se prononcer durant toute la durée de la maladie, il est d'autres symptômes capiteux qui permettent de l'affirmer. Même au début de l'affection le diagnostic peut être soupçonné.

M. le Dr Jules Simon donne comme signes, l'accélération de la respiration, une petite toux sèche continuelle rappelant une plainte étouffée, « l'apnée et une sorte de petit bruit de détente (1) », caractéristiques d'une pneumonie qui ne tardera pas à se montrer.

Il y a de plus l'élévation de température qui ne manque jamais dans une pneumonie, et même en admettant que l'enfant n'ait pas fait la maladie sous les yeux du médecin, les parents ne manqueraient pas de signaler la fièvre de l'enfant, la gêne respiratoire qui ont existé durant plusieurs jours.

D'ailleurs, M. Netter (2) à plusieurs reprises a insisté sur la possibilité des pleurésies purulentes primitives à pneumocoques.

Ces pleurésies qui existent sans aucune pneumonie antérieure

(1) *Conférences cliniques de thérapeutique*, t. II, p. 475.

(2) NETTER, *Société clinique*, 1888, *Bulletin de la Société anatomique*, 1887, *Société médicale des hôpitaux*, 1889.

peuvent accompagner une autre détermination pneumococcique (péricardite fibrino-purulente par exemple) ou même exister seules. Suivant M. Netter « la pleurésie purulente primitive à pneumocoques ne doit pas différer de la pleurésie purulente métapneumonique ».

Nous savons que l'agent infectieux peut venir d'un point quelconque de l'organisme (cas de Koplick où il y avait une suppuration au pied). Les otites fréquentes dans l'enfance peuvent donner des pleurésies à pneumocoques.

Chez l'enfant nouveau-né l'agent infectieux peut venir de la mère. Celle-ci est atteinte de fièvre puerpérale et l'enfant présente divers accidents septicémiques parmi lesquels la pleurésie purulente. Pour Bouveret il est probable que, comme la plaie placentaire, la plaie ombilicale est la porte d'entrée du poison septicémique. Heubner (1) a décrit une forme d'empyème infantile atteignant les enfants de moins de deux ans avec une violence inouïe. A l'autopsie on trouve des collections purulentes dans une ou plusieurs séreuses et notamment dans les plèvres. Comme la plupart de ces cas ont été rencontrés chez des nourrissons, Heubner et Wiedenmann croient, que le lait est peut-être le véhicule de la bactérie pyogène.

Dans sa thèse M. Damourette (2), passe en revue les affections des nourrissons déterminées par la galactophorite de la nourrice et parmi ces affections il cite en particulier les abcès multiples sous-cutanés ou profonds et la septicémie. La marche de la maladie est la même et nous croyons que la pleurésie dans les cas d'Heubner n'est qu'une septicémie rentrant dans les cas de Damourette.

Avant de terminer cette étude sur l'origine des micro-organismes pyogènes, disons qu'une ponction exploratrice ou curative, si elle n'est pas faite avec une antisepsie rigoureuse, peut provoquer la transformation d'une pleurésie séreuse en pleurésie purulente. C'est pour cela qu'il faut éviter les thoracentèses hâtives. La

(1) Cité par A. BOUVERET.

(2) DAMOURETTE, Thèse Paris, 1898.

thoracentèse est hâtive lorsque, étant bien démontré par l'absence d'une température typique qu'il n'y a pas de pus dans la plèvre, on retire le liquide, croyant favoriser la résorption.

M. Simon dans une clinique non imprimée qu'il a bien voulu nous confier s'exprime ainsi : « La thoracentèse n'est presque jamais, pour ne pas dire jamais, une opération d'urgence chez l'enfant : en tout cas il ne faut pas la faire trop tôt, pas à la période aiguë. » Résumant ses préceptes on peut dire :

1° Dans une pleurésie aiguë ne faire la thoracentèse qu'après la chute de la fièvre.

2° Si après 6 semaines de durée la résorption n'est pas survenue, on est autorisé à faire la thoracentèse ;

3° La thoracentèse précoce chez l'enfant n'est autorisée que si l'épanchement gênait par son abondance soit la respiration soit le rythme cardiaque.

Agir autrement, conclut M. Simon, expose à voir l'épanchement se reproduire dans une plèvre encore irritée comme l'indique la légère élévation de température qui accompagne les premiers jours d'un épanchement séreux, et « exciterait la plèvre enflammée ».

CHAPITRE V

Début de la pleurésie infantile purulente.

L'empyème infantile étant presque toujours secondaire à une affection pulmonaire, à une pleurésie séreuse, et se montrant plus rarement d'emblée, nous allons successivement étudier le début de cette affection dans chacun de ces cas. Nous n'avons pas la prétention de faire rentrer dans cette division tous les cas qui peuvent être observés.

Nous l'avons déjà dit, nous nous bornons à certaines considérations qui ont été inspirées par les faits que nous avons eu sous les yeux et par l'enseignement de notre maître M. Jules Simon.

Envisageant les cas les plus fréquents, nous voyons la pleurésie purulente débiter d'après les types suivants :

- 1° La pleurésie survient au cours de la lésion pulmonaire ;
- 2° Elle survient à la suite de cette lésion ;
- 3° Elle succède à une pleurésie séreuse ;
- 4° Elle est purulente d'emblée.

I. La pleurésie purulente accompagne la lésion pulmonaire. — Ce cas semble beaucoup plus rare que les deux suivants. Cependant il nous semble que dans le cours d'une pneumonie on ne tient pas assez compte de l'état de la plèvre. L'attention se fixe par exemple sur des symptômes pneumoniques bien évidents, le diagnostic est fait et on ne recherche pas les symptômes plus effacés d'une pleurésie qui peut être séreuse, mais qui pourra devenir purulente.

Parmi les cas où nous avons constaté des lésions pleurales avec épanchement, 4 fois nous l'avons trouvé au cours de la pneumonie. Nous avons retiré du pus deux fois, mais dans ces cas le diagnostic a été fait rapidement à l'aide d'une ponction exploratrice. Ceci

nous permet d'affirmer que si on examinait systématiquement l'état pleural chez les petits pneumoniques on verrait la quantité des pleurésies purulentes concomitantes de la pneumonie augmenter légèrement au détriment des pleurésies post-pneumoniques.

Certes on trouverait peut-être rarement un épanchement purulent, mais on trouverait, notre statistique est là pour le démontrer, fort souvent du liquide séro-fibrineux. Ceci nous semble très important, car l'enfant ayant fait sa défervescence on rattache la légère obscurité du murmure vésiculaire qui peut persister à un manque d'élasticité pulmonaire : l'enfant quitte l'hôpital en apparence guéri. Il est néanmoins porteur d'un léger épanchement ; que cet épanchement devienne purulent, il y aura des symptômes qui seront mis sur le compte de la convalescence, de la débilité consécutive à la maladie. L'ignorance de cet empyème peut persister plus ou moins longtemps. La constatation de l'épanchement séreux pouvait empêcher tout ceci en attirant dès le début une surveillance particulière sur la plèvre.

Peut-on reconnaître facilement la présence d'un épanchement dans le cours d'une pneumonie ?

Nous avons noté dans les cas où il y avait un épanchement concomitant, qu'il soit purulent ou non, une gêne plus grande de la respiration. Cette gêne est plus marquée si l'enfant est plus avancé en âge. Le point de côté persiste plus longtemps que d'habitude.

La température ne subit dans le cours de la maladie aucune modification. Vers le 5^e ou 6^e jour elle éprouve néanmoins un léger abaissement, la « promesse de guérison » comme la nomme M. le Dr Jules Simon. Si la pleurésie n'est pas localisée au niveau même de la pneumonie, les signes physiques quoique un peu obscurcis sont sensibles.

M. J. Simon nous a fait constater à plusieurs reprises les symptômes qui se rattachent à chaque lésion pulmonaire ou pleurale.

Le souffle de la pneumonie et de la pleurésie s'entendent avec des timbres différents à des hauteurs différentes. On ne peut malheureusement jamais affirmer qu'il y a du pus. A ce stade de l'empyème le diagnostic ne peut être fait qu'avec la seringue de Pravaz.

Si nous envisageons le cas où la pleurésie survient au même niveau que la pneumonie, le diagnostic est à peu près impossible.

Lorsque la pleurésie se montre en même temps qu'une broncho-pneumonie, la température subit des oscillations en rapport avec l'épanchement et les symptômes généraux très accentués éveillent l'attention.

Dans une simple bronchite la complication pleurale se reconnaît aisément. Il peut cependant exister dans ce cas une confusion.

Dans ces formes de bronchite infantile que M. Jules Simon appelle « broncho-congestion » les bronches sont envahies, il n'y a pas de broncho-pneumonie proprement dite, mais il se produit dans le cours de l'affection des poussées congestives du côté du poumon, qui disparaissent en 24 ou 48 heures. Il peut exister un léger souffle, quelquefois de la submatité, et dans ce cas on peut croire qu'il y a participation de la plèvre. L'erreur a été commise dans le service et rectifiée par M. Jules Simon.

Dans les cas de pneumonie, le diagnostic ne peut rester en suspens après le 9^e jour.

Chez le malade de notre observation XI, le 9^e jour de la maladie les symptômes pulmonaires étaient ceux de cette époque. On entendait depuis deux jours les râles de retour, mais très voilés par la présence d'un épanchement. Malgré cela la température resta stationnaire à 40° 8. Il y eut une rémission le 11^e jour après le début de la pneumonie, mais la température se releva encore à 40°.

Lorsqu'il y a un épanchement purulent, le 9^e jour, la pneumonie ne fait pas sa défervescence habituelle ou elle la fait incomplètement. La dyspnée persiste, un point de côté peut exister, la pression des espaces intercostaux est douloureuse, l'état général ne s'améliore pas. Les symptômes bien nets d'une pleurésie purulente ne tardent pas à se montrer.

II. Pleurésies se déclarant après la défervescence de la pneumonie. — Deux alternatives peuvent se présenter. La chute de la fièvre se fait en lysis, mais la température normale est quelquefois à peine atteinte. La courbe oscille autour de 38° et ne des-

cent pas plus bas en raison des premières ascensions fébriles dues au développement de la pleurésie.

Wagner cité par Netter (1) considère ce dernier cas comme le plus habituel et croit que les reprises fébriles dans une pneumonie qui se termine par lysis doivent faire soupçonner l'apparition d'une pleurésie. Dans ce mode de terminaison, il faut donc porter toute son attention sur les plèvres.

Plus fréquemment, l'apyrexie est complète. M. Netter (2) pense qu'il en est ainsi dans les 63 centièmes des cas.

Après une période de temps qui peut varier de 4 à 15 jours, plus rarement de 30 à 40 jours, on voit la fièvre renaître. La température peut remonter à 40° et y rester cantonnée. Suivant M. Netter, cela s'observe surtout dans les formes où la maladie fait des progrès rapides. En même temps, il y a un point de côté, de la dyspnée.

En règle générale le début est moins marqué ; la température subit de légères ascensions vespérales ; elle oscille entre 38° et 39°. L'enfant a un peu d'anxiété respiratoire, l'appétit se perd, l'amaigrissement est assez rapide.

Enfin il y a des cas où la température est restée normale et les symptômes presque nuls. Ce seraient les empyèmes latents souvent annoncés par une vomique.

Chez les enfants ces erreurs de diagnostic semblent difficiles. Tout d'abord il est nécessaire de prendre systématiquement la température d'un enfant qui vient de faire une grave maladie. Le cas échéant cette importance est capitale, car elle met sur la voie du diagnostic.

A côté des cas où la température semble faire complètement défaut il y a ceux où tous les deux ou trois jours se manifeste un léger frisson suivi d'un malaise. Tout cela est transitoire : on le met sur le compte de la débilité occasionnée par la maladie qui vient de disparaître, et l'esprit est satisfait.

Dans d'autres cas, en examinant attentivement la courbe thermo-

(1) *Soc. médic. des hôpitaux*, 11 janvier 1889.

(2) *Soc. médic. des hôpitaux*, 1889.

métrique, on voit que la température au lieu d'osciller autour de 37° n'atteint jamais ce degré et oscille constamment entre 37° 5 et 37° 8 ou 37° 9. Or ceci est éminemment caractéristique d'un état fébrile.

A la suite d'une affection comme la pneumonie il doit exister plutôt de l'hypothermie et les températures au-dessous de 37° 5 sont de règle dans le premier septenaire qui suit la défervescence. Il n'est pas rare de voir chez l'enfant de la diarrhée, de la polyurie, du refroidissement des extrémités, le pouls petit. Cet état est l'exagération du phénomène normal analogue à l'état de collapsus décrit par Wunderlich chez les adultes. Chez l'enfant il est plus fréquent encore.

Une température n'atteignant jamais 37° est donc une indication formelle de soupçonner un empyème. Même dans le cas où les signes physiques évidents manqueraient, il faut rechercher cette complication : cette absence complète de signes est d'ailleurs fort rare chez l'enfant. Il est un symptôme qui manque rarement et auquel M. le Dr Simon accorde toute son attention : dans toutes les affections portant sur le poumon ou sur la plèvre, même si les affections sont limitées comme lésion, la dyspnée ou tout au moins la gêne respiratoire sont marquées d'une façon appréciable. Mettant l'enfant nu ou en lui découvrant la poitrine et le creux épigastrique, par la seule inspection on voit de la gêne à respirer, une accélération des mouvements respiratoires. Le creux épigastrique doit être inspecté de préférence, tous les mouvements respiratoires ont lieu dans le diaphragme, son soulèvement exagéré comme intensité et comme vitesse en est la meilleure preuve.

III. Pleurésie purulente succédant à une pleurésie séreuse. — Voici les règles exprimées à ce sujet par M. Simon.

1° La pleurésie séreuse de l'adulte dure au moins deux mois ; sa durée chez l'enfant est moindre ; une pleurésie séreuse franche chez lui ne dure pas plus d'un mois, au maximum 5 semaines.

2° Si après 5 semaines de maladie on voit que la fièvre augmente et si l'on constate en même temps la persistance du liquide, on

peut toujours ou presque toujours affirmer qu'on se trouve en face d'une pleurésie suppurée.

3° Si après cinq semaines on constate, en même temps qu'un retour de la fièvre, une augmentation du liquide qui avait semblé diminuer, il faut encore songer à une pleurésie purulente.

Il faut remarquer, dans ce dernier cas, que la température n'est pas forcément élevée comme pourrait le faire supposer la suppuration.

« La durée est donc à elle seule un renseignement fort utile. Une pneumonie franche se juge en quelques jours. Une broncho-pneumonie persiste rarement 3 ou 4 semaines avec une fixité des foyers produisant le souffle en un même point. La pleurésie séreuse guérit en un mois, 5 semaines, s'il n'y a pas de suppuration. La persistance au delà de ces délais est donc un signe à la fois d'épanchement et de suppuration » (1).

Bouveret avait dit que toute pleurésie chronique finit le plus souvent par devenir purulente et cela plus souvent encore chez l'enfant.

Dans une thèse ancienne Verliac (2) sur 13.000 enfants n'a pu trouver un seul cas de pleurésie chronique dont l'épanchement fût resté séreux.

IV. Pleurésie primitive. — Nous ne nous arrêtons pas à cette forme dont le début est brusque, subit, douloureux, avec des symptômes généraux et fébriles très marqués. Ce début subit est du reste en rapport, dans la généralité des cas, avec un énorme épanchement.

Il peut être plus modeste et ressembler complètement à celui de la pleurésie purulente secondaire que nous avons décrit. Il faut du reste être très réservé sur ces cas où l'épanchement peut masquer un noyau de pneumonie ou de broncho-pneumonie méconnu.

(1) *Progrès médical*, 31 janvier 1891.

(2) Thèse de Paris, 1865.

CHAPITRE VI

Étude de quelques symptômes de l'empyème infantile. Son diagnostic.

Quelques-uns de ces signes diffèrent légèrement de ceux que l'on constate chez l'adulte.

L'inspection du thorax est de toute importance aussi bien dans les épanchements séreux que dans les épanchements purulents.

On voit une diminution des mouvements respiratoires du côté où siège l'épanchement ; les espaces intercostaux sont en partie immobiles. La comparaison avec le côté sain facilite cette constatation.

Les mouvements du diaphragme sont au contraire accentués et le soulèvement du creux épigastrique fait singulièrement contraste avec l'immobilité presque complète des côtes répondant à l'épanchement.

Henry Marsh, qui avait signalé cette apparence lisse du côté atteint comme un signe en faveur d'une pleurésie suppurée, est dans l'erreur. On peut même dire qu'il est moins fréquent dans l'empyème que dans la pleurésie séreuse, étant donné que l'épanchement est souvent moins abondant dans le premier cas. L'enfant ne raisonne pas, les mouvements respiratoires étant douloureux il immobilise sa cage thoracique, sans essayer des inspirations moins profondes. Or, dans l'empyème la gêne respiratoire est bien moindre que dans la pleurésie séreuse.

L'enfant se couche sur le dos ou sur son épanchement. La dilatation thoracique est facile à constater dans la majorité des cas ; on l'observe surtout au-dessus de trois ans. Chez les enfants plus jeunes, elle est moins commune. Smith ne l'admet pas au-dessous de 3 ans et chez les nourrissons. Ce fait n'est vrai qu'en partie ; la voussure existe toujours, mais la mensuration indique, toutes

proportions gardées, une dilatation moins grande chez un enfant très jeune. (On a invoqué, pour l'expliquer, l'état de demi-collapsus, d'atélectasie du poumon.) Il faut rattacher cela à l'élasticité incroyable dont jouissent les poumons infantiles et sur laquelle nous reviendrons en traitant du pronostic.

On considère communément les renseignements fournis par la palpation comme nuls ou très inconstants. En effet l'enfant refuse de parler ou sa parole fait vibrer incomplètement la paroi thoracique.

Malgré tout, chez un enfant âgé les vibrations sont suffisantes pour accuser à la suite d'un épanchement pleurétique une différence entre les deux côtés.

Chez le tout petit enfant les cris qu'il pousse au moindre examen remplacent les vibrations vocales. En appliquant la pulpe du doigt dans plusieurs points où l'on soupçonne le poumon comprimé d'être en rapport avec la paroi, on constate nettement une différence.

De plus la palpation donne des notions exactes sur le déplacement du cœur, ce qui est précieux lorsqu'on a à faire le diagnostic entre une pleurésie et une pneumonie.

La percussion dénote une matité qui correspond à l'épanchement et il faut se souvenir que cette matité n'occupe pas fatalement les parties déclives.

Dans la pleurésie purulente infantile l'enkystement existe fréquemment, c'est ce qui en rend le diagnostic parfois si difficile.

La matité est quelquefois très limitée.

L'épanchement purulent est souvent moins abondant qu'un épanchement séreux. Il se place dans la partie la plus déclive des plèvres. Il en résulte que le pus collecté n'occupe qu'un espace limité : une percussion rapide pourrait l'ignorer. « Il faut percuter avec extrêmement de légèreté, surtout inférieurement et du bout des doigts. Une percussion forte et profonde retrouverait sous la couche du liquide la sonorité du poumon ou celle de l'intestin. » Nous citons textuellement les paroles de M. Jules Simon.

M. Marfan recommande le même procédé et insiste sur la néces-

sité de donner à l'enfant une position qui empêche toute tension musculaire, celle-ci suffisant à donner de la submatité.

Cette délicatesse qu'il faut apporter en percutant vient de la minceur des parois thoraciques et de leur résonnance facile.

Une remarque est faite fréquemment par M. Jules Simon au sujet de la forme de la matité. Il existe une bande sonore le long de la colonne vertébrale ; cette zone est limitée en avant par la matité de l'épanchement. On la rencontre même dans les empyèmes occupant la déclivité de la plèvre. Si l'on ne se rappelle pas ce fait et si on percute ensuite sans légèreté au niveau de l'épanchement, on en conclut que l'espace de Traube reste sonore. C'est un défaut d'interprétation qui est fréquent et que nous avons relevé dans quelques-unes des observations qui nous ont été communiquées. Il semble vrai pour certains auteurs que le pus produise plus que le liquide séreux l'affaissement du poumon. Dans ce cas une baisse dans le niveau de l'épanchement ne répondrait nullement à une diminution réelle.

Le murmure vésiculaire peut être amoindri et même supprimé au niveau de l'épanchement ; avec un petit épanchement le silence peut être complet. Ce fait est rare, et plus communément on perçoit le murmure vésiculaire. Mlle Anna Finkelstein rapporte dans sa thèse une opinion de M. Cadet de Gassicourt : « Chez l'enfant l'absence du murmure vésiculaire n'est pas constante dans les pleurésies purulentes. On peut être ainsi amené à prédire la nature purulente d'un épanchement chez l'enfant, quand en même temps que les autres signes caractéristiques des collections pleurales, on trouve le bruit respiratoire persistant. »

« M. Cadet de Gassicourt, continue-t-elle, nous a fait ausculter plusieurs enfants chez lesquels, malgré les signes les plus nets de pleurésie (matité, voussure, abaissement du foie, déplacement du cœur), on entendait la respiration au niveau des parties mates quoique un peu plus faiblement que du côté sain. Dans tous les cas, la ponction donna issue à un liquide purulent.

Les souffles sont perçus chez l'enfant comme chez l'adulte ; leur

siège est souvent limité par suite de l'enkystement de la pleurésie.

Il nous est arrivé dans notre observation XIII de longtemps hésiter à porter un diagnostic positif de pleurésie purulente. Le souffle et la matité étaient intenses en un point limité à la partie moyenne du poumon. Les ponctions capillaires ne donnaient issue à aucun liquide. La défervescence ne s'étant pas produite, et du reste le tracé thermométrique étant l'indice d'une suppuration, on pensa aussitôt à une pleurésie enkystée, ce que démontra une vomique à la suite de laquelle on perçut des phénomènes cavitaires. Dans notre cas, la marche de la température nous a seule permis d'éviter une erreur.

Les phénomènes généraux sont extrêmement variables. L'interrogatoire de ceux qui ont veillé ou observé l'enfant révèle de l'agitation, des sueurs nocturnes, de la diarrhée. La fièvre hectique se montre dans certaines formes. Il n'y a dans tout ceci, rien de particulier à l'enfant. Ce qui est plus remarquable, c'est l'excitation cérébrale qui peut accompagner l'empyème. Mlle Anna Finkelstein avait déjà appelé l'attention sur ce point, de même que sur l'asphyxie plus grande observée dans les pleurésies gauches consécutivement à la compression du cœur et du poumon. Cette dernière complication n'est pas spéciale à la pleurésie purulente, il semble même qu'elle se produise plus rarement que dans la pleurésie séro-fibrineuse; ceci est toujours sous la dépendance de la quantité généralement plus minime de liquide.

Les enfants peuvent accuser un point de côté dans le ventre, au cours d'une pleurésie : ce signe très fréquent et souvent isolé cause des erreurs de diagnostic en attirant l'attention vers l'intestin.

Le diagnostic sera donc relativement facile si l'on se souvient de ces quelques préceptes. Il ne faut pas toutefois s'étonner des difficultés que l'on rencontre dans certains cas. Notre collègue Chailou nous a montré salla Bilgrain une petite fille qui a des vomiques depuis 7 ans. Récemment M. Brun a fait une pleurotomie, avec une résection costale et il a été impossible de trouver le foyer

pleural. L'enfant a guéri de l'opération et continue à avoir des vomiques. Tout ceci coïncide avec un excellent état de santé.

Ce fait est à rapprocher de notre observation XIII.

Colrat (1) indique un moyen de reconnaître ces pleurésies enkystées. Si on comprime avec la main la partie inférieure du thorax surtout dans la région antérieure qui se laisse facilement comprimer chez l'enfant, on déplace le niveau de l'égophonie ; celle-ci s'entend au-dessus du niveau où on la percevait avant la compression, si la pleurésie est généralisée (dans la grande cavité pleurale) ; si elle est enkystée, ce niveau ne change pas.

En faveur de la purulence du liquide on peut invoquer la longue durée d'un épanchement, la courbe thermique, le maintien d'un épanchement à un même niveau, les sueurs nocturnes, le mauvais état général. M. Simon signale en outre les vomissements.

L'évaluation de la quantité de liquide est soumise aux mêmes règles que chez l'adulte. Il ne faut pas oublier toutefois que chez l'enfant le poumon se laisse comprimer facilement et qu'il supporte cette compression mieux que l'adulte.

Chez l'enfant il n'est pas rare de trouver en même temps que la pleurésie une congestion du poumon. Le fait existe à un degré très intense lorsque la pleurésie est contemporaine de la pneumonie. Dans ces cas l'évaluation de la quantité du liquide est sujette à des erreurs. Le poumon hépatisé plonge dans le liquide, on perçoit une matité considérable et cependant il n'y a qu'une lame de pus enveloppant le poumon. M. le professeur Dieulafoy a remarqué combien les signes d'un épanchement pleural peuvent être défigurés par les signes que donne le poumon fluxionné (2). « Quand on n'est pas familiarisé avec ces questions délicates, on peut méconnaître un épanchement qui existe et tout rapporter à la fluxion pulmonaire, ou au contraire, on peut supposer avoir affaire à un fort épanchement alors que le liquide est encore peu abondant. »

(1) *Lyon médical*, août 1891.

(2) *Tr. de Path. intern.*, t. I, p. 379.

L'enfant se trouve fréquemment dans cette situation et il peut arriver qu'on fasse une ponction capillaire, persuadé que la couche de pus ou de liquide séreux est énorme ; étant donné la minceur de cette couche et d'autre part le peu d'épaisseur des parois thoraciques, on plonge l'aiguille dans le tissu pulmonaire et on n'extraît rien. Il est donc de toute utilité de se mettre en garde contre cette erreur. Nous la signalons parce que nous l'avons vu commettre. M. Comby a publié une observation analogue (1).

S'il existe plusieurs loges, il n'y a que les ponctions successives qui puissent les faire soupçonner. Chez l'enfant les vibrations thoraciques ne suffisent pas à déceler la présence de loges et des cloisons membraneuses qui les limitent.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 3 avril 1891.

CHAPITRE VII

Terminaisons.

La résorption est possible. M. Netter (1) a rapporté le cas d'un enfant de 3 ans qu'il fut appelé à voir. Une ponction avec la seringue de Pravaz permit de retirer un gramme de pus et d'affirmer une pleurésie purulente du sommet gauche. L'intervention fut ajournée. Les jours suivants l'opération parut de moins en moins indiquée et les signes de l'épanchement finirent par disparaître complètement.

Un cas rapporté par Israël aurait eu la même terminaison.

Ces cas très rares sont évidemment en rapport avec un exsudat de nature bénigne.

En admettant qu'il n'y ait aucune intervention, l'empyème peut se terminer par la sortie spontanée de l'épanchement. Nous en avons un cas dans nos observations. Cette terminaison est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. Mlle Anna Finkelstein pense que ce fait survient dans une proportion de 7 pour 100. — Il est de règle que la vomique apparaisse vers la 3^e ou 4^e semaine de la maladie, quelquefois auparavant. Cette vomique peut être ignorée; si elle survient pendant la nuit l'enfant ne rend pas compte de ce qui s'est passé et l'expectoration que l'on constate est rattachée à des causes tout autres.

Nous avons été frappé du mode particulier de la toux qui succède à une vomique. Elle procède par quintes rappelant la toux de la coqueluche au début, alors qu'il n'y a pas de reprises mais une tendance à une série d'expirations convulsives.

Le pus peut aussi se faire jour à travers la paroi thoracique ou fuser à travers les interstices musculaires vers une région éloignée. Nous évitons à dessein de nous appesantir sur ces terminaisons devenues de plus en plus rares par la pratique de l'empyème.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 janvier 1889.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Les communications portant sur les cas de pleurésie purulente et sur le meilleur mode de traitement à adopter abondent dans les journaux de clinique infantile. L'accord qui existe quand il s'agit de la nécessité de l'intervention par pleurotomie, n'a plus lieu sur la façon de procéder à cette opération, et sur les soins consécutifs.

Pas de lavages, disent les uns, de fréquents lavages, disent les autres. Enlevez les drains au bout de peu de jours, n'en mettez pas, laissez les trois semaines. On discute le niveau de l'incision, la nécessité de réséquer un segment de côte. Autant d'indications contradictoires qu'on rencontre constamment. En général chacun apporte un certain nombre de faits qui se sont terminés heureusement. Comme la conduite a été la même dans chaque série des cas, on tire cette conclusion logique qu'il faut toujours agir suivant le procédé indiqué.

On est étonné de prime abord d'une semblable uniformité de résultats satisfaisants avec des différences aussi sensibles dans le mode d'agir.

D'une part nous avons rassemblé des observations d'empyèmes que nous avons suivis dans le service de M. Jules Simon, et qui ont été traités par lui.

D'autre part nos collègues de l'hôpital des Enfants-Malades ont bien voulu nous communiquer des faits de leurs services.

Ces pleurésies ont été traitées par des procédés différents. Comme on peut s'en convaincre en lisant les observations la terminaison a été le plus souvent favorable et les résultats sont les mêmes.

Il y a plusieurs causes à cela. On agit sur un terrain neuf et vivace capable de supporter la suppuration

On a à traiter le plus souvent la pleurésie à pneumocoques, c'est-à-dire la plus bénigne des pleurésies purulentes. Le poumon de l'enfant malgré une compression considérable revient admirablement et rapidement sur lui-même. Tout cela aidant, le pronostic des opérations devient excellent ; c'est une constatation facile à faire.

M. Walther à qui nous avons demandé conseil à ce sujet est d'avis que chez les enfants tous les procédés réussissent, pourvu qu'on donne au pus un libre accès au dehors. C'est évidemment une particularité spéciale à l'enfance et nous sommes heureux de nous appuyer sur l'autorité de notre maître M. Walther pour l'affirmer.

Tout ceci ne revient pas à dire qu'il faut agir sans réflexion : il y a pleurésie et pleurésie et le devoir s'impose de modifier la façon d'agir suivant les cas. Si l'on se cantonne dans un seul procédé qui a souvent réussi il ne faut pas oublier qu'il y aura peut-être rarement mais sûrement à un moment donné, des indications de le modifier.

M. le Dr Jules Simon dont les statistiques portent sur un grand nombre d'années n'a pas de procédé exclusif et conseille une grande attention. « Il faut agir en tâtonnant et ne pas oublier que chaque essai que l'on pourrait faire pour supprimer un drain, complètement et brusquement, au lieu de le raccourcir peu à peu auparavant peut être préjudiciable à l'enfant. Même si l'enfant supportait cette façon d'agir, ce serait autant de pris sur la somme de force vitale dont il dispose, et qu'il lui faudrait tôt ou tard récupérer. »

A priori il n'y a donc pas de méthode d'agir qui soit bonne, à l'exclusion de toute autre.

Le point capital est de procéder en causant le moins de dégâts possible, en assurant la sécurité de la guérison. Le but à atteindre est l'expulsion complète du pus et le retour du poumon à l'état normal.

Nous allons exposer ici le mode de traitement que nous a enseigné M. Jules Simon en mettant en relief les points spéciaux et

les modifications à apporter suivant la marche ou le type de la maladie.

Avant tout il faut se souvenir que le traitement ne consiste pas dans la simple ouverture de la plèvre, mais qu'il y a à la suite de l'opération initiale une série de soins qui sont d'une importance incontestable pour une réussite momentanée et à longue échéance.

I. — Ponction et pleurotomie. — Leurs indications. — Quand on a constaté la présence d'un épanchement purulent, il est de toute nécessité d'évacuer le plus tôt possible le pus. Il n'y a aucune contre-indication : ni la température, ni l'état souvent grave de l'enfant ne doivent arrêter le médecin.

Deux moyens sont en présence, la ponction et la pleurotomie. Quel que soit l'agent microbien, M. Simon emploie toujours la ponction avant d'intervenir par le bistouri.

Lamarque (1) est d'avis, si l'on a affaire à du pneumocoque, que quelques ponctions suffisent et que la pleurotomie est rarement indiquée, tandis que si l'on a du streptocoque ou du staphylocoque, la pleurotomie est de règle le plus tôt possible.

Or il existe des observations, où des pleurésies même à streptocoques ont guéri à la suite d'une ponction. On peut donc sans hésitation, quelle que soit la nature du liquide, y recourir en premier lieu. Nous ne parlons pas ici ni des pleurésies tuberculeuses ni des pleurésies putrides.

M. Cadet de Gassicourt (2) ne connaît qu'une contre-indication à cela : « On ne doit tenter le traitement par les ponctions que dans un empyème datant de moins de six semaines ».

Evidemment à la suite d'une ponction faite pour une pleurésie de ce genre les chances de guérison par la simple ponction sont moins grandes que si la formation du pus était récente.

Nous sommes d'avis néanmoins de toujours essayer la ponction. En faveur de notre opinion nous dirons que : d'une part dans certains faits la ponction dans une pleurésie même ancienne a suffi ; d'autre part il y a certainement beaucoup d'enfants qui arrivent

(1) *Soc. de médecine de Bordeaux*, 27 janvier 1895.

(2) *Revue mens. des maladies de l'enfance*, 1891.

dans un service avec une pleurésie datant de loin, on ne sait pas toujours l'époque précise où a commencé la maladie; dans ces cas incertains on ponctionne néanmoins et la réussite complète a été constatée.

Pour M. Cadet de Gassicourt, si dans une pleurésie à pneumocoque une première ponction n'a pas réussi, on est autorisé à en faire une seconde et même une troisième. Voici les règles qu'il formule à ce sujet.

Cinq jours après la première évacuation on recherche s'il existe encore du pus. S'il s'est reproduit, on fait une nouvelle ponction qui donne en même temps la quantité du pus.

S'il ne s'est reproduit que la moitié ou un quart de l'épanchement, on peut espérer le succès. Une nouvelle ponction 5 jours plus tard est souvent blanche.

La durée est ainsi de 15 jours au maximum. Si à la deuxième et à la troisième ponctions la quantité de pus est toujours la même, il faut inciser. « Par cette méthode, conclut M. Cadet de Gassicourt, on a le double avantage de laisser à l'enfant les chances d'une guérison en 1, 10 ou 15 jours, sans lui enlever celles d'une guérison en 20, 30 ou 40 jours à la suite de l'opération de l'empyème.

Breton agit de la même façon (1).

Cette sage conduite peut être légèrement modifiée; les pleurésies n'étant pas identiques chez les sujets différents, il faut tenir compte de la marche de l'épanchement, du degré thermique, enfin de l'état général.

Il y a des épanchements qui se reproduisent en 24 heures et qu'une nouvelle ponction guérit néanmoins, d'autres qui restent moins abondants à la suite d'une première aspiration et qui cependant ne sont pas justiciables d'une deuxième et d'une troisième. Aussi à la suite d'une première ponction faut-il chaque jour ausculter, percuter, suivre pas à pas l'état pleural et pulmonaire. Un adulte peut aider par ses remarques à la surveillance de l'épanche-

(1) *Rev. des maladies de l'enfance*, 1892.

ment : l'enfant ne donne aucun renseignement. Il ne faut pas se laisser arrêter par la crainte que des examens répétés provoquent immanquablement.

De plus le degré de température, l'état général sont d'une utilité première.

Voici les règles pratiques qu'on peut formuler au sujet d'une *pleurésie purulente à pneumocoques* préalablement ponctionnée :

1° Si après une première ponction le liquide s'est en partie reproduit, l'état général étant excellent et la fièvre étant tombée, on peut recourir à une seconde ponction.

2° Si le liquide s'est reproduit avec la même abondance, ce qui implique toujours un état général grave, ou si la quantité de liquide étant moindre, l'état général est mauvais et le degré thermique élevé, la pleurotomie s'impose immédiatement.

3° Si après une ponction, bien que le liquide se reproduise lentement ; l'état général demeure mauvais et la température élevée, il est utile d'en rechercher la cause :

Ou bien on trouvera alors une pleurésie enkystée, en un point autre que celui premièrement ponctionné ; nous citons plus bas une observation de Szontagh où le cas s'est présenté après une première pleurotomie suivie d'issue du pus. Ou bien l'on trouvera une pleurésie cloisonnée (observation XV).

Il pourra même arriver que le lieu exact ne puisse être déterminé ; c'est le cas de notre observation VII et de la malade qui nous a été montrée par M. Chaillou, interne de M. Brun.

Enfin il ne faut pas oublier que d'autres causes et particulièrement des lésions pulmonaires peuvent provoquer la continuation d'un état fébrile.

4°) Une 3^e ponction semble toujours inutile à M. Simon ;

5°) Les pleurésies tuberculeuses et putrides ne retirent aucun avantage de la ponction (et même d'une première ponction), il vaut mieux pratiquer l'incision pleurale.

6°) Dans les pleurésies avec un autre microbe que le pneumo-coque une seconde ponction est inutile. L'enfant réagit mal à

l'infection streptococcique et temporiser de nouveau ferait perdre un temps précieux.

La ponction doit être faite à l'aide d'une aiguille assez grosse : il faut prendre au moins le n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy. Chez un enfant on est souvent tenté de recourir à l'aiguille la plus fine : c'est un tort car on risque de la voir obstruée par un débris de fausse membrane sans compter qu'un pus épais ne s'y engagera pas (Observation X).

Chez l'enfant il faut éviter un insuccès en raison de la difficulté de faire un nouvel essai d'aspiration.

Le niveau de la ponction est variable. M. Simon donne comme lieu d'élection un point situé à la réunion du 1/3 postérieur et des deux tiers antérieurs de la cage thoracique, au niveau du 6^e espace intercostal à gauche et du 5^e à droite.

Il faut ponctionner plus haut à droite qu'à gauche en raison de la présence du foie fort gros chez certains enfants.

Il est bien évident que ce lieu peut être modifié soit par la présence d'une saillie intercostale, soit pour une pleurésie enkystée. Il ne faut ponctionner au lieu d'élection que dans le cas où l'on a une pleurésie de la grande cavité, et si on a constaté nettement en ce point la présence du pus.

L'aiguille introduite, il faut aspirer « lentement et sans énergie. » Cette façon d'agir évite le déplissement du poumon et des fausses membranes, les accès de toux.

II. — Opération de l'empyème. — Nous ne nous attardons pas à décrire ce manuel opératoire ; nous étudierons les quelques points qui intéressent spécialement la clinique infantile.

NIVEAU DE L'INCISION. — C'est ici que commencent les contradictions. M. Jules Simon se basant sur sa longue expérience, à moins de contre-indications dont nous parlerons ultérieurement, préconise une incision faite sur la ligne axillaire ou mieux un peu en arrière à la jonction du tiers postérieur avec les 2/3 antérieurs.

À gauche il faut opérer dans le 6^e espace, à droite dans le 5^e. Ce dernier choix est toujours une mesure de précaution qui a pour but d'empêcher la blessure du foie.

M. Simon change de conduite dans les cas où une localisation spéciale de l'épanchement l'impose. Les empyèmes enkystés sont fréquents dans l'enfance, et cet enkystement peut affecter les localisations les plus variées.

C'est cette variabilité fort remarquable chez les enfants qui a permis à M. Comby (1) de dire : « il faut ouvrir là où la ponction exploratrice a montré la présence du pus sans s'inquiéter du niveau de l'espace.

Pour Wagner (2) le point théorique serait au niveau du 11^e espace, qui est la partie la plus déclive du thorax. Une incision à ce niveau est très basse et on risque de pénétrer dans la cavité abdominale ou de blesser le foie. Hache (3) a présenté des faits à l'académie avec une incision postérieure au niveau du 9^e espace intercostal. C'est la méthode que M. le Dr Walther préconise chez les adultes, se basant sur des recherches faites uniquement chez des adultes. On l'a appliqué depuis à l'enfance.

La pleurotomie postérieure a de nombreux partisans chez les médecins d'enfants.

Le but que se propose cette incision uniquement applicable quand il y a une pleurésie de la grande cavité est de permettre un écoulement plus facile du pus. M. Simon n'en est pas partisan en raison des nombreux cas où elle est impossible et du plan épais de tissu musculaire qu'il faut traverser ; la chloroformisation serait alors nécessaire. De plus il insiste sur l'existence de cette zone sonore située le long de la colonne vertébrale et au voisinage de laquelle l'incision précédente doit aboutir. En somme le niveau de la pleurotomie pas plus que celui de la ponction ne peut être fixé. Lorsqu'il y a une pleurésie bien nette remontant au niveau de l'aisselle, chacun peut avoir son lieu d'élection : le succès sera constant, nous avons déjà dit pourquoi.

Mais lorsque la certitude ne sera pas complète, il faudra discuter soigneusement le point de l'incision. L'interprétation des faits

(1) *Soc. médic. des Hôpitaux*, 1891.

(2) *Wolkmann's tann. Klinischer Vortrage*.

(3) *Revue de chirurgie*, 1881.

est quelquefois délicate. Notre ami Philippe nous a communiqué une observation fort intéressante. Etant donné les signes physiques, cette pleurésie semblait occuper toute la partie postérieure de la cavité pleurale. Avant de pratiquer l'incision habituelle de la pleurotomie postérieure on fit une ponction à l'aide de la seringue de Pravaz. Cette ponction fut blanche et on modifia le lieu d'incision qu'on reporta plus en avant. Nous fîmes ensemble l'autopsie de l'enfant et nous trouvâmes une cavité purulente qui avait la forme d'une bande large de quelques centimètres, occupant la hauteur du poumon mais qui s'arrêtait en arrière de l'aisselle et d'autre part restait éloignée de la colonne vertébrale. Dans ce fait la ponction exploratrice seule a évité l'erreur.

Un cas de Szontagh (1) est également très instructif. A la suite d'une pneumonie une pleurésie purulente se déclare. On fait une incision dans le 8^e espace intercostal gauche et l'on draine. L'état général ne s'améliore pas, la température reste élevée, l'enfant est cyanosé et cependant le pus sort. Comme la pointe du cœur était toujours très déviée on rechercha une nouvelle collection purulente que confirma une ponction exploratrice au niveau du 4^e espace en avant de la ligne mammaire. Il fallut enfoncer très profondément (2 cm.) le bistouri pour que la nouvelle incision donnât un demi-litre de pus. La guérison fut complète.

La conclusion c'est de toujours vérifier auparavant par une ponction exploratrice la présence du liquide au niveau du point où l'on va faire l'incision. M. le D^r Simon, à qui nous avons vu pratiquer cette opération plusieurs fois n'y a jamais manqué. Les exemples que nous venons de citer légitiment la sagesse de cette habitude. En tout cas, le niveau de l'incision n'a aucune influence sur la marche ultérieure de la maladie.

EST-IL NÉCESSAIRE DE RÉSÉQUER UNE PORTION DE CÔTE ? — Il est encore bien difficile de trancher cette question si l'on s'en tient au seul examen des opinions diverses à son sujet. Nous ne nous occupons que des faits rapportés par ceux qui ont la pratique des enfants.

(1) *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1891.

La question n'est pas de savoir si à la suite d'une résection costale l'enfant a guéri ; ce qu'il importe d'établir c'est la nécessité ou l'inutilité de cette résection, en se basant sur la durée moindre ou sur la terminaison meilleure de la maladie.

Or nous basant sur les faits qui sont relatés à la fin de notre travail, nous voyons que la guérison est aussi bien survenue à la suite des cas traités sans résection qu'à la suite de ceux où elle a été pratiquée. La guérison a été complète dans le même laps de temps.

Nous ne voyons donc pas l'avantage d'imposer à un enfant une intervention chirurgicale complète et nécessitant la chloroformisation puisqu'il est prouvé que la guérison ne souffre pas d'une conduite autre. Nous ne jugeons pas les opérations dans lesquelles on a réséqué une portion de côte, nous constatons uniquement la bonne réussite de l'opération de l'empyème avec l'incision simple suivie du drainage.

M. Simon n'a jamais eu recours à la résection costale et néanmoins n'a jamais eu d'insuccès.

C'est également l'opinion de M. Comby qui trouve « superflue la résection costale. »

Cautley opérant sur des enfants eut recours 35 fois à l'incision et au drainage : la mortalité fut de 20 0/0 ; 33 fois il fit la résection des côtes et le drainage, cette série donna 18,2 0/0 de mortalité.

A étudier cette statistique on ne voit pas que la résection des côtes présente de grands avantages comparativement au simple drainage. La résection costale a été préconisée en vue de favoriser l'expulsion complète du pus ; on met en avant le rapprochement des côtes chez l'enfant pour légitimer cette façon d'agir. Or nous avons vu des empyèmes chez des enfants de tout âge, comme on peut s'en convaincre, chez tous il a été possible d'introduire un drain suffisamment volumineux pour que le pus ait un libre accès au dehors.

Cependant pour être conforme à notre manière d'agir qui veut se régler sur les indications, nous pensons qu'il peut y avoir des

cas où cette résection devient utile, soit que le poumon ne revienne pas sur lui-même, soit qu'une raison imprévue s'oppose à la sortie du pus. N'ayant pas eu de faits analogues sous les yeux, nous ne pouvons en tracer les indications, qui sont en tout cas fort rares.

III. — Du drainage. — L'emploi raisonné du drain à la suite de la pleurotomie est une condition capitale pour mener à bien l'évacuation de la cavité. C'est la seule façon pratique de permettre au liquide de s'écouler et en même temps d'empêcher l'incision de se refermer.

Il faudra donc introduire un drain aussi volumineux que l'intervalle intercostal le permettra. En faisant lever le bras de l'enfant et en lui ordonnant de se redresser, on donne aux espaces intercostaux leur maximum d'écartement.

La longueur du drain est discutable. Les uns mettent un drain fort long qu'ils raccourcissent peu à peu, les autres au contraire le mettent aussi court que possible. Notre maître M. le Dr Walther (1) est de ce dernier avis. On évite ainsi ce que la présence d'un corps étranger peut avoir d'irritant pour la plèvre. Le rôle du drain étant celui que nous avons énoncé plus haut, maintenir l'orifice de la plaie écarté et favoriser par sa présence la sortie continue du pus, sa brièveté n'a aucune raison d'être combattue d'autant que ce sont les mouvements pulmonaires qui font progresser l'épanchement vers son orifice.

Naturellement, si on emploie des drains d'une certaine longueur il faut rapidement et progressivement les diminuer.

Une question très importante a trait à la suppression du drain.

M. Comby est d'avis de le supprimer quand il n'y a plus aucun écoulement, quand le poumon a repris sa place et son expansion, quand en un mot le foyer pleural semble stérilisé.

Cette règle souffre exception. Il y a des cas à marche essentiellement chronique où l'on est autorisé à retirer le drain alors que les indications classiques habituelles manquent complètement.

(1) *Communication orale.*

Autrement, on pourrait attendre indéfiniment la diminution de l'écoulement et même sa transformation plus aqueuse.

M. Simon (1) a fait à ce sujet une communication pleine d'enseignements.

Un premier malade est un enfant qui eut pendant 10 mois un écoulement purulent par sa fistule thoracique. L'état général était excellent, la fièvre nulle, mais malgré tout, le pus coulait toujours sans modification d'aspect. On supprima brusquement tout drainage et en 3 semaines l'enfant fut guéri d'une façon radicale.

Le second malade après deux mois et demi, malgré un état général satisfaisant rendait toujours une grande quantité de liquide purulent par l'ouverture de la pleurotomie. M. Simon résolut de supprimer le drain mais d'une façon progressive. « 1 centimètre par jour était coupé tous les matins, malgré la suppuration persistante évaluée encore à 60, 80, 100 grammes par 24 heures, ce qui du reste ne rassurait guère sur la façon de procéder. On continue néanmoins à couper le tube jusqu'au bout et en 15 jours le malade voyait la suppuration se limiter à 30 grammes à peu près, puis à une ou deux cuillerées à café ; puis le tube étant définitivement enlevé, le 7 août (le malade était entré le 9 avril à l'hôpital) la fistule se fermait et une belle et bonne cicatrice déprimée, adhérente marquait le point où elle avait existé. »

Ceci prouve qu'il arrive un moment où le décollement des parois pleurales par des lavages ou la présence du drain peuvent entretenir la suppuration. Dans le second fait notamment l'écoulement diminue en raison directe de la brièveté du drain.

Cette conduite, nous le disons avec M. Jules Simon ne s'applique nullement aux cas favorables où rapidement le pus disparaît d'une façon graduelle en même temps que les signes physiques permettent de contrôler la fermeture et l'oblitération de la cavité.

Si la suppuration semble persister en même temps que l'état général est satisfaisant, s'il n'y a aucune fétidité dans le liquide,

(1) Suppression prématurée du drain dans 2 cas de pleurésie suppurée, *Gaz. des hôpitaux*, 14 janvier 1875.

on peut au bout de 1 ou 2 mois sans inconvénient et sans danger retirer le drain.

Nous donnons le terme de 1 mois, la suppuration au bout de ce temps devant être tarie ou tout au moins très transformée.

Pour ce qui a trait au nettoyage des drains, à leur fixation, il n'y a rien de spécial à signaler.

Nous insistons cependant sur la nécessité de ne pas remplacer le drain par de la gaze ; dans notre observation XII nous employâmes une mèche de gaze qui empêcha la sortie du pus en formant un bouchon. Une nouvelle tentative fut suivie d'une nouvelle élévation de température.

IV. — Lavages de la plèvre et pansements post-opératoires. — L'utilité des lavages a été contestée.

Vargas (1) pense que l'irrigation est inefficace au point de vue de l'antisepsie de la cavité pleurale, et quelquefois dangereuse : elle gêne l'expansion pulmonaire et fait tousser. Loin d'être utile elle semblerait même retarder la guérison de l'empyème.

Généralement les auteurs sont moins affirmatifs. Pour Péron (2) les lavages « sont inutiles dans la très grande majorité des cas ».

Cautley reconnaît leur utilité dans les pleurésies avec fétidité.

Beaucoup n'admettent qu'un seul lavage immédiatement après la pleurotomie. En général on reconnaît leur utilité et même leur nécessité. Les inconvénients qu'ils peuvent provoquer sont évités en les pratiquant avec discernement et avec méthode. Il faut distinguer à ce point de vue le lavage post-opératoire et les lavages accompagnant chaque pansement.

Immédiatement après l'incision un lavage aidera considérablement la sortie du pus et favorisera l'expulsion des fausses membranes. Nous avons un cas d'empyème (3) où les fausses membranes obstruaient continuellement l'orifice interne du drain ; nous fûmes dans des lavages consécutifs obligés de les retirer à l'aide d'une pince ; nous ne les atteignîmes qu'après avoir pratiqué un

(1) *Congrès de pédiatrie et d'obstétrique*, 8 à 14 août 1895.

(2) PÉRON, *Gazette médicale*, 1894, n° 17.

(3) Observation X.

lavage qui les déplaçait et les amenait au niveau de l'orifice ; c'est ce qui en démontre l'utilité. M. Simon immédiatement après la pleurotomie fait passer un liquide antiseptique jusqu'à ce qu'il revienne clair. Il a constaté nombre de fois que l'état général de l'enfant se ressent de ce nettoyage complet de la cavité purulente.

Le drain étant introduit, on fait un pansement avec de la gaze iodoformée recouverte d'ouate hydrophile, ou simplement avec de l'ouate.

Le malade de notre observation VI eut un érythème cutané scarlatiniforme qui disparut avec la suppression de la gaze iodoformée. L'ouate stérilisée suffit amplement à produire l'occlusion.

A la suite de ce premier pansement la conduite sera extrêmement variable. Parmi nos observations les unes ne comportent pas un seul lavage. Tous les 2 ou 3 jours on remplace l'ouate, au bout de 3 semaines on supprime le drain et la guérison arrive rapidement.

D'autres cas ont dû être soumis à des lavages répétés. L'observation XII est très instructive. La marche de la température nous guidait uniquement dans leur application ; chaque fois que nous avons voulu supprimer un lavage la température remontait rapidement et d'une façon inquiétante. Au contraire chaque pansement avec irrigation était suivi d'une chute de la fièvre. Nous avons fait à plusieurs reprises des essais pour éviter ces lavages quotidiens, mais l'élévation de la température et l'état général de l'enfant s'en sont ressentis ; ce n'est qu'après les avoir pratiqués avec régularité pendant quelques jours que nous avons pu les espacer et enfin les supprimer.

Chez deux autres de nos malades notre conduite a été la même, il n'y a que le laps de temps qui a varié entre chaque pansement.

Une conclusion pratique découle donc de ces faits. On ne peut établir une loi générale quant aux soins à donner après la pleurotomie. L'intervalle des pansements doit dans tous les cas être d'autant moindre que l'on est plus rapproché de l'opération ; au-

trement on laisserait les drains s'obstruer et le pansement ouaté s'imbiber de pus outre mesure.

Le nombre des lavages ne peut être fixé et le seul guide à cet endroit sera la feuille de température : sauf dans les premiers jours qui suivent l'opération, la courbe thermique doit être normale ; la moindre élévation de température sera la preuve que les lavages ne sont pas assez fréquents ou doivent être pratiqués sans retard.

Le laveur est un excellent procédé pour faire pénétrer le liquide dans la cavité pleurale. Il évite les lavages poussés avec force qui peuvent provoquer chez l'enfant des syncopes et des convulsions (faits relatés dans une clinique de M. Simon). En ayant soin d'adapter un drain sur la canule, on évite la blessure du poumon.

M. Simon emploie communément l'eau boriquée ; s'il y a de la putridité ou si l'écoulement tend à devenir chronique, il y ajoute du coaltar.

CHAPITRE IX

Pronostic.

Depuis que la pratique de la pleurotomie est devenue commune, le pronostic de la pleurésie purulente infantile s'est montré très favorable. C'est devant les résultats excellents des interventions que M. Comby a pu dire (1) : « nous préférons les épanchements purulents aux épanchements séro-fibrineux. » Il explique du reste sa pensée en montrant que la pleurésie simple est souvent tuberculeuse et que tout au moins il plane un doute sur la nature de la sérosité, tandis que la pleurésie purulente a rarement la même origine.

L'opinion de M. Comby fut vivement discutée, et en effet pour l'admettre il est nécessaire d'interpréter les faits.

Le résultat excellent tient d'une part à l'origine le plus souvent pneumococcique de la purulence. Il est bien évident qu'un même nombre d'épanchements renfermant un autre agent infectieux (streptocoque, staphylocoque, etc.) ne fournirait pas des statistiques aussi brillantes. Il faut, pour dire vrai, déclarer qu'une pleurésie purulente à pneumocoque est préférable à une pleurésie séreuse de nature douteuse ; comme l'a dit judicieusement M. Netter (2) sous une autre forme : « Il vaut mieux avoir guéri d'une pleurésie purulente que d'une pleurésie séro-fibrineuse. »

Mlle Anna Finkelstein, qui a fait une statistique de la mortalité d'après différents auteurs, conclut que chez les enfants, elle oscille entre 0,16 et 6 0/0 tandis que chez l'adulte elle serait de 16,7 à 33 0/0. Il faut remarquer que dans cette statistique on a éliminé tous les cas d'empyèmes compliqués de maladies mortelles par elles-mêmes.

(1) *Société médic. des hôpitaux*, 1891.

(2) *Id.*, 1891.

M. Simon (1) dit depuis longtemps que le pronostic de la pleurésie purulente infantile est relativement très favorable ; quand au début l'affection prend de la gravité, cette gravité est toujours le fait de la maladie causale plutôt que de la pleurésie elle-même. Si le diagnostic est fait, si le traitement est institué, la guérison survient dans les cas en apparence les plus graves. Les pleurésies doubles elles-mêmes guérissent ; M. Simon, Morgan (2), Sutherland (3), Batten (4) rapportent des observations où la guérison fut complète malgré l'état général qui accompagnait ces empyèmes doubles.

Faut-il admettre avec Lamarque (5) que la bénignité de la pleurésie purulente des enfants ne tient pas à l'âge mais à sa nature le plus souvent pneumococcique.

Il y a dans l'enfance un élément incontestable qui aide à la guérison, c'est l'âge. Il existe rarement dans l'enfance des adhérences qui cloisonnent la cavité pleurale et rendent l'évacuation difficile. De plus cette absence d'adhérences permet l'ampliation facile du poumon. On peut faire chez l'enfant une remarque intéressante : le doigt introduit dans l'orifice pleural aussitôt après l'ouverture de la plèvre, montre le poumon tassé, ratatiné et difficile à atteindre ; immédiatement après l'évacuation du pus on le sent facilement avec le doigt à peu de distance de l'incision pourvu que l'enfant ait fait quelques respirations. Ce fait manque dans les empyèmes à marche chronique. Il est donc permis de dire qu'un empyème à début bruyant avec symptômes généraux intenses est d'un pronostic plus favorable qu'un autre à marche plus calme et à début moins accentué.

La bénignité de la pleurésie purulente diminue légèrement pour les enfants en bas âge.

Cautley a trouvé une mortalité plus grande chez les plus jeunes enfants.

(1) *Progrès médical*, 31 janvier 1891.

(2) *Lancet*, 1890, vol. II, p. 125.

(3) *Lancet*, 1894, p. 1439.

(4) *Lancet*, 1894, p. 1368.

(5) *Journal de médecine de Bordeaux*, 27 janvier 1895.

Barthès et Sanné donnent un pronostic fatal chez les nouveaux-nés : « la bénignité relative que confère l'enfance s'affaiblit considérablement chez les sujets âgés de moins de trois ans. »

Il serait intéressant de savoir ce que des enfants deviennent quant à leur vitalité respiratoire au bout d'un certain nombre d'années. Les statistiques sont souvent muettes à cet égard. Dans une communication de Hastings et Edwards (1) portant sur 24 empyèmes infantiles et revus de 1 an à 7 ans après l'opération on trouve noté :

14 fois un état complètement normal ;

8 fois une expansion moindre du côté malade ;

2 fois une immobilité complète du côté malade.

Dans tous les cas il y avait une légère submatité au niveau du point opéré.

En somme ces résultats sont excellents et la même constatation chez des adultes ne serait pas aussi satisfaisante.

Nous avons parlé antérieurement des bons résultats que l'on retirait dans la majorité des cas de la pleurotomie, quel que soit le procédé adopté ; on pourrait se demander pourquoi dans tel cas isolé le résultat a été moins satisfaisant.

Nous n'osons, vu notre peu d'expérience, faire de généralisation : toutefois il nous semble, que lorsqu'un enfant a des antécédents tuberculeux ou des sommets douteux, la durée est prolongée, même si la pleurésie est nettement pneumonique.

Dans nos deux cas suivis de mort : un enfant fut atteint de tuberculose aiguë et du reste la pleurésie était putride ; l'autre enfant ne put supporter la suppuration et en lisant l'observation XVI on voit que peu à peu bien que l'écoulement diminuât d'intensité, les forces périclitent et la tuberculose finit par se manifester. L'épanchement contenait des pneumocoques.

Dans ce cas la bénignité de l'agent cause de la suppuration disparaît devant la faiblesse inhérente à la nature de la malade. Comme nous le disions plus haut, c'est surtout au terrain sur lequel on agit qu'on doit des résultats plus brillants que chez un adulte.

(1) Etat de 24 cas d'empyème, *Lancet*, 20 août 1892, p. 414.

CONCLUSIONS

I. — Chez les enfants la proportion des pleurésies purulentes par rapport aux pleurésies séreuses semble moins forte qu'on l'indique généralement.

II. — Ceci tient uniquement au grand nombre de pleurésies séreuses qui passent inaperçues et ne prennent pas rang dans les statistiques.

III. — Ces pleurésies facilement ignorées sont celles qui surviennent au cours d'une pneumonie ou les pleurésies dites latentes.

IV. — Le plus grand nombre de suppurations pleurales dans l'enfance tient à la fréquence des pneumonies, des broncho-pneumonies et des maladies infectieuses.

V. — Même dans les épanchements purulents consécutifs aux maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, etc...), le pneumocoque est le plus souvent l'agent de la suppuration, la maladie primitive provoquant auparavant une lésion pulmonaire.

VI. — L'origine du microbe pyogène généralement facile à connaître peut rester ignorée. Dans ce dernier cas il ne faut pas incriminer des pneumonies restées latentes ; chez l'enfant la pneumonie n'est jamais inconnue. Il faut chercher parmi les causes rares de l'empyème et se souvenir que l'existence de la pleurésie purulente primitive à pneumocoques est bien établie.

VII. — Il est nécessaire de connaître les particularités cliniques qui accompagnent la naissance de l'empyème :

- a) Concomitant à une affection pulmonaire ;
- b) Lui succédant ;
- c) Faisant suite à une pleurésie séreuse ;
- d) Survenant primitivement.

VIII. — Dans le premier cas la ponction exploratrice seule peut affirmer la présence du pus ; dans les autres cas le diagnostic clinique est facile.

La marche de la température est de haute importance.

IX. — Quelques signes physiques présentent chez l'enfant des particularités.

X. — Sauf dans les empyèmes tuberculeux et putrides il faut recourir à la ponction avant de pratiquer la pleurotomie.

XI. — La pleurotomie donne des résultats excellents chez l'enfant ; ce fait tient à la nature généralement bénigne du microbe et beaucoup au terrain sur lequel on agit.

La tuberculose avérée ou latente est une condition défavorable.

XII. — La pleurotomie simple sans résection avec drainage et lavages raisonnés, suffit dans la très grande majorité des cas.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Pleurotomie postérieure. — Pas de lavages. — Suppression prématurée des drains. — Récidive. — Guérison (1).*

Truch... Henriette, âgée de 7 ans, entrée le 8 février 1896, salle Gillette, n° 7, hôpital des Enfants-Malades.

Lorsque l'enfant est amenée à l'hôpital elle tousse depuis 8 jours. Un mois auparavant elle avait eu une bronchite. Pas d'autres maladies antérieures.

Le 8 février on constate de la matité absolue dans toute l'étendue du poumon droit, aussi bien en avant qu'en arrière : sous la clavicule la matité est complète.

A l'auscultation : absence du murmure vésiculaire, on ne peut affirmer qu'il y ait de l'égophonie.

Les dimensions de la poitrine sont certainement exagérées à droite. Le foie n'est pas abaissé. Une exploration faite à l'aide de la seringue de Pravaz montre qu'il y a du pus ; ce pus examiné contient du pneumocoque pur. TM : 38°7 ; TS : 38°2.

Le 9. — TM : 37°6 ; TS : 38.

Le 10. — TM : 37° ; TS : 38°1. On évacue par la ponction. Il sort 1/2 litre de pus.

Le 11. — TM : 37° ; TS : 37°9. Le liquide s'est un peu reformé. La température n'est pas tombée. Le poumon ne se dilate pas à l'inspiration.

Le 12. — TM : 37°1 ; TS : 37°6. On refait une ponction car le liquide s'est reproduit.

Le 13. — TM : 37°1 ; TS : 37°9. Le liquide n'est pas reproduit.

Le 14. — TM : 37° ; TS : 37°5. On perçoit une légère égophonie.

Le 15. — TM : 37°1 ; TS : 38°2. Le liquide est complètement reproduit.

Le 16. — TM : 37°1 ; TS : 38°3. On pratique la pleurotomie au niveau du 8^e espace intercostal à 4 travers de doigt de la colonne vertébrale. On lave avec 2 litres d'eau boriquée et on met 2 drains accolés en canon de fusil.

Le 17. — TM : 37° ; TS : 37°7.

La température est tombée. A partir de ce moment, vu la faible élévation de la température, on se contente de faire le pansement tous les 3 jours, sans lavages.

(1) Communiquée par M. MONOD, interne du service.

Le 18. — TM : 37° ; TS : 37°8.

Le 19. — TM : 37° ; TS : 37°6.

Le 20. — TM : 37° ; TS : 37°4.

Le 21. — TM : 37° ; TS : 37°5.

Le 22. — TM : 37° ; TS : 37°5.

Le 23. — TM : 37°2 ; TS : 37°4.

Le 24. — TM : 37°2 ; TS : 37°6.

Le 25. — TM : 37°2 ; TS : 38°3. L'écoulement du pus est nul ; on supprime les drains, puis on prend régulièrement la température qui reste basse.

Le 9 mars on se dispose à faire sortir l'enfant, la température est de 37°2 le matin, de 37°8 le soir.

Le 10, l'enfant se plaint du côté, on l'examine, on ne trouve aucun symptôme pleural. Comme la famille ne veut pas emmener l'enfant parce qu'il se produisait un léger suintement au niveau de l'ouverture pleurale, on la garde à l'hôpital.

Le 17 mars l'enfant est couchée avec de la fièvre. T. 38°.

Le 18. — TM : 38°2 ; TS : 38°9. On remarque de la dyspnée. L'auscultation et la percussion prouvent que le liquide s'est reproduit.

21 mars. — Réouverture de la plaie, ce qui est assez difficile par la formation d'un cal osseux. Il sort beaucoup de pus. On remet des drains ; pas de lavage.

La fièvre n'est plus reparue. Le 1^{er} avril on supprime les drains.

Le 5 avril on cesse tout pansement.

Le 18, l'enfant sort guérie.

REMARQUES. — Dans ce cas la pleurotomie postérieure n'a pas assuré la sortie complète du pus. On a supprimé les drains bien que la température vespérale ait été à la suite de cette suppression légèrement élevée.

Obs. II. — *Pleurotomie. — Résection costale. —
Drainage. — Guérison.*

Blon... Albert, âgé de 4 ans, entré le 26 mai 1896, salle Molland, n° 9, hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants ; ils ont eu 3 enfants ; 2 sont en bonne santé ; le 3^e, notre malade, venu à terme a été nourri au sein.

Antécédents personnels. — L'enfant est d'une bonne santé habituelle. A 2 ans il a eu la rougeole. Depuis 3 semaines il a maigri et tousse beaucoup.

Le 26 mai. — L'examen du malade dénote en avant et à gauche une grosse voussure sous-claviculaire. On constate qu'il y a de la matité en haut, et que l'espace de Traube reste sonore.

A l'auscultation on trouve la respiration atténuée et un souffle en avant.

L'enfant ayant été placé tout d'abord dans un service de médecine on avait dit que le cœur était dévié en bas sous le sternum. A son arrivée à la salle Molland on constate que le cœur n'est pas dévié et que la pointe bat au niveau du mamelon, toutefois un peu en dedans.

L'examen du malade permet alors de constater en avant et à gauche une grosse voussure, et l'abolition des vibrations thoraciques.

A l'auscultation : diminution du murmure vésiculaire, léger souffle à l'angle de l'omoplate.

A la percussion : matité sur la plus grande hauteur du poumon ; sonorité à la partie inférieure.

Le malade a 40 respirations par minute. On fait une ponction exploratrice qui ramène du pus ; l'examen de ce pus montre qu'il contient du pneumocoque. La température est de 38°9.

Le 27. — TM : 38°2 ; TS : 38°9.

Le 28. — TM : 37°6 ; TS : 38°2.

Le 29. — TM : 37°4 ; TS : 38°3.

Le 30. — TM : 37°1 ; TS : 37°5. On incise la peau au point où l'on avait fait la ponction exploratrice, juste au-dessous de l'angle de l'omoplate. On continue l'incision des différentes couches jusqu'à la côte ; puis après avoir dénudé celle-ci sur une étendue de 2 cent. 1/2 on en sectionne au costotome 2 centimètres environ. L'ouverture ainsi obtenue permet d'inciser la plèvre et l'on voit alors sortir un flot de pus verdâtre bien lié. Quand le pus est complètement évacué on introduit dans la plaie une mèche de gaze stérilisée sans avoir pratiqué de lavage, puis l'on met un bandage de corps.

Le 31. — TM : 37°4 ; TS : 37°6.

Le 1^{er} juin. — TM : 36°9 ; TS : 37°3.

Le 2. — TM : 36°9 ; TS : 37°2. En défaisant le pansement on constate que la gaze stérilisée avait fait bouchon. Quand on la retire il sort un flot de pus. On met alors dans la plaie un drain de gros calibre qui pénètre dans la plèvre d'une longueur de 10 à 12 centimètres.

Le 3. — TM : 37°4 ; TS : 37°4.

Le 4. — TM : 36°4 ; TS : 37°4.

Le 5. — TM : 36°9 ; TS : 37°4. L'enfant va bien.

Le 6. — TM : 36°8 ; TS : 37°4. On fait un pansement : l'écoulement du liquide par le drain est presque insignifiant.

A partir de ce moment jusqu'au 16 juin, la température reste stationnaire, oscillant entre 36°8 et 37.

L'enfant quitte l'hôpital, le trajet fistuleux étant fermé et la plaie réduite à la dimension d'une lentille (16 juin).

REMARQUES. — Il est curieux de constater que le niveau de la température ne s'est pas élevé malgré la rétention du pus causée

par la mèche de gaze ayant fait bouchon. Il faut rapprocher ce fait de celui de l'observation XII où au contraire la même faute fit monter la température.

OBS. III (1).

Ferr... René, entré le 23 juin 1896, salle Molland.

Antécédents héréditaires. — Mère a une bronchite chronique ; a fait deux fausses couches. Père bien portant.

Le malade a eu une bronchite à 7 mois. La scarlatine à 4 ans ; la rougeole à 8 ans ; il a une santé délicate.

Début brusque il y a trois semaines, fièvre, frissons, céphalalgie. On porte le diagnostic de pneumonie gauche. Depuis l'enfant ne s'est pas remis. Il a toujours une douleur dans le côté gauche de la poitrine ; amaigrissement, perte d'appétit, oppression.

La veille de son entrée à l'hôpital, il est conduit au dispensaire où l'on diagnostique une pleurésie.

23 juin. — TM : 37°9 ; TS : 37°6.

Le 24. — TM : 37°6 ; le soir 38°.

L'enfant est pâle et amaigri. Le poumon droit est sain. A gauche, à la partie postérieure, le thorax semble comme aplati. Il existe de la matité sur toute la hauteur. Abolition des vibrations thoraciques dans tout le poumon. On ne perçoit pas le murmure vésiculaire. Au sommet il existe un léger souffle. En avant la région sous-claviculaire est mate, il y a un souffle, l'espace de Traube est sonore. Le cœur bat un peu à droite du mamelon. Pas d'albumine. Le pouls est à 120. La respiration à 36.

29 juin. — *Opération.* — Incision parallèle à la 8^e côte sur une ligne descendant de la pointe de l'omoplate. On fait l'hémostase à mesure. Dénudation sous-périostée de la côte. Section de deux centimètres de côte au costotome. Incision de la plèvre épaissie.

Il sort du pus bien lié, épais, verdâtre. Un doigt introduit dans la plaie libère une adhérence des deux feuillets de la plèvre, il sort une nouvelle quantité de pus. On met deux drains en canon de fusil. Pansement iodofonné. Ouate. Bandage de corps. A partir de ce moment on fait un pansement tous les 3 jours. Aucun lavage n'est pratiqué.

Le 25 juin. — TM : 37°6 ; TS : 37°4.

Le 26. — TM : 37°7 ; TS : 37°8.

Le 27. — TM : 37°8 ; TS : 37°9.

Le 28. — TM : 37° ; TS : 37°3.

Le 29. — TM : 36°9 ; TS : 37°1.

La température reste au-dessous de 37° à partir de cette époque.

(1) Due à l'obligeance de M. DESFOSSES.

Le 9 juillet. — Le trajet fistuleux ne mesure plus que 1 cent. 1/2 de profondeur. Il n'y a plus d'écoulement. L'enfant engraisse.

Le 12. — L'enfant sort.

REMARQUES. — La marche de la température à la suite de l'opération indique que la poche se vidait parfaitement. La durée très minime du séjour de l'enfant à l'hôpital en est la meilleure preuve.

OBS. IV. — *Pleurésie purulente. — Empyème au niveau de l'aisselle.*
— Pas de lavage. — Drain. — Guérison (1).

Rena..., âgée de 5 ans 1/2, entrée le 17 juin 1896, salle de Chaumont, n° 5 (hôpital des Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants, ils ont eu une autre enfant qui est morte à 3 mois 1/2 de convulsions.

Antécédents personnels. — L'enfant, élevée au sein par sa mère a eu une convulsion vers l'âge de 16 mois ; aucune autre maladie antérieure.

La maladie a débuté brusquement, 3 semaines avant l'entrée à l'hôpital, par des douleurs du côté gauche. Il n'y a pas eu de frisson, mais en revanche beaucoup de fièvre ; l'enfant a perdu l'appétit, puis a été très constipée. Le 14 juin elle a saigné du nez. Elle toussait peu mais était très oppressée.

Le 26 mai on lui mit un vésicatoire qui ne prit pas ; deux ou trois jours après on en posa un second et le 8 juin un troisième qui prirent bien tous les deux. On fit plusieurs badigeonnages à la teinture d'iode. L'enfant toussa par quintes matin et soir.

A son entrée le 16 juin la malade est abattue, pâle ; sa langue est sale et elle a une légère dyspnée. La température est de 38°. Ses urines ne contiennent pas d'albumine.

A la percussion on constate une matité absolue dans tout le poumon gauche en arrière, depuis la fosse sus-épineuse jusqu'aux dernières côtes ; à ce niveau pourtant on retrouve un peu de sonorité.

L'auscultation dénote à droite en arrière une respiration exagérée, les deux temps s'entendent également ; à gauche en arrière la respiration est très faible, lointaine, l'inspiration seule s'entend et très mal ; vers la partie inférieure on croit percevoir un souffle. On constate qu'il y a de la bronchophonie lorsqu'on fait parler la malade.

En avant à droite l'inspiration est rude ; à gauche sous la clavicule on perçoit un souffle lointain ; le murmure vésiculaire est aboli. La percussion, à ce niveau, donne de la matité, mais l'espace de Traube reste sonore. Sous l'aisselle on constate une matité absolue.

(1) Prise par M. GARNIER, interne du service.

Le cœur est refoulé, la pointe bat un peu à gauche de l'appendice xiphoïde.

On fait alors sous l'aisselle en dehors de la pointe de l'omoplate, une ponction exploratrice, qui ramène un peu de liquide séreux tenant en suspension des grumeaux blanchâtres. Une deuxième ponction faite dans l'espace intercostal supérieur et un peu en dehors ramène du pus blanc.

Le 18 juin. — L'enfant est mieux que la veille, la fièvre est tombée ; elle n'a pas de dyspnée, les signes physiques sont les mêmes. — T. 38°2.

Le 19. — Les signes physiques sont les mêmes, l'état général est assez bon. — On pratique la pleurotomie : une incision longue de 2 centimètres est faite sous l'aisselle au niveau et en dehors de la pointe de l'omoplate ; immédiatement sort du sang mêlé à un peu de pus. — L'introduction d'une sonde cannelée dans la plaie détache les adhérences et est suivie de la sortie du pus en plus grande abondance. On met alors un drain avec assez de difficulté vu l'étroitesse de l'espace et la petitesse de l'incision ; le drain est enfoncé d'une longueur de 7 à 8 centimètres et donne issue à une grande quantité de pus jaune, bien lié, sortant par saccades correspondant aux mouvements respiratoires de l'enfant. Le pus continue ainsi à s'écouler assez longtemps, l'écoulement devenant plus fort quand on fait tousser l'enfant. — On évacue ainsi un demi-litre environ de liquide. — On fait alors un pansement à la gaze salolée sans avoir pratiqué de lavage.

Le 22. — L'état général est excellent depuis l'opération, il n'y a pas de fièvre. Le pansement est peu sali, mais dès qu'il est enlevé il s'écoule par le drain 200 à 300 grammes de pus. Autour de la plaie, principalement au-dessus et en avant, il y a un peu d'œdème. On refait un pansement salolé moins serré que le premier sans lavage de la plèvre.

Le 23. — Le pansement est traversé par le pus, on le change après avoir diminué le drain.

Le 25. — Pansement. L'écoulement est peu abondant, le pansement à peine sali. On diminue le drain.

Le 26. — Pansement. L'écoulement avait été assez abondant. On diminue le drain. L'état général est excellent.

A partir de cette époque jusqu'au 12 juillet on fait un pansement tous les deux jours. L'écoulement diminue peu à peu.

Le 12 juillet. — Il n'y a plus d'écoulement par le drain, le pansement n'est presque pas taché. Avec un stylet on arrive encore à déterminer un trajet fistuleux dans lequel on introduit un drain très fin qui ne semble pas toutefois aller dans la plèvre.

Le 15. — Le drain est sorti de la plaie que recouvre une croûte ; on supprime le drainage et on fait un pansement à plat.

Le 29. — L'enfant quitte l'hôpital, le thorax est rétracté du côté gau-

che, il y a une légère submatité à la base; le murmure vésiculaire est normal.

REMARQUES. — Malgré la petitesse de l'incision et l'étroitesse consécutive du drain, l'écoulement a disparu au bout d'un mois.

OBS. V. — *Guérison après un mois et demi. — Pleurotomie. — Résection costale. — Pas de lavages (1).*

Bachelin Marcel, âgé de 3 ans, entré le 31 juin 1896 à la salle Molland. Père mort cardiaque. Mère bien portante. L'enfant a souvent été malade. Entérite à un an. Abscess du cuir chevelu consécutivement à la gourme.

Le 31 mai, l'enfant toussait, avait les yeux larmoyants. Après le déjeuner on a dû le faire coucher. Toute la soirée, fièvre, agitation. Dans le cours de la nuit apparut une éruption de rougeole.

1^{er} juin. — La journée est mauvaise, le soir l'éruption a disparu. Dans la nuit l'enfant est agité, il vomit son lait, il a des convulsions. On l'amène à l'hôpital où l'on constate de la submatité. Au sommet gauche de la bronchophonie, du souffle tubaire, des râles sous-crépitaux.

L'enfant ne resta que quelques jours.

Le 30 juin. — L'enfant entre de nouveau à l'hôpital.

1^{er} juillet. — Examen de l'enfant. Micropolyadénopathie inguinale et axillaire.

En arrière et à gauche l'auscultation révèle au sommet du poumon de la matité, du souffle, de la bronchophonie.

Dans les 2/3 inférieurs il y a une matité complète. L'espace de Traube est sonore. La pointe du cœur est déviée en dedans du mamelon. T. 37°6.

Les jours suivants la température oscille entre 38 et 39°, on fait passer le malade en chirurgie.

Le 6. — A gauche il existe un retrait de la paroi thoracique. Le côté droit est plus saillant. En arrière la matité remonte jusqu'au 1/4 supérieur. On ne perçoit pas la respiration. Abolition des vibrations. Pas d'œdème de la paroi. En avant sonorité. T. 39°.

OPÉRATION. — Incision en arrière sur une ligne verticale passant par la pointe de l'omoplate gauche et parallèlement à la 8^e côte.

Dénudation. Résection et incision de la plèvre. Il sort un flot de pus vert au milieu duquel flottent de fausses membranes larges et épaisses. Le pus est épais, bien lié. Drains gros et pansement ouaté. Beaucoup de pus a coulé le soir. On ajoute de la ouate hydrophile.

Le 7. — TM : 37°9 ; TS : 38°5.

Le 8. — TM : 37°2 ; TS : 38°6.

Le 9. — TM : 37°5 ; TS : 38°.

(1) Communiquée par M. CHAILLOU.

- Le 10. — TM : 37° ; TS : 37°8.
 Le 11. — T. 37°. On fait un pansement et on lave les drains.
 Le 12. — TM : 37°5 ; TS : 37°7.
 Le 13. — TM : 37°2 ; TS : 38°.
 Le 14. — TM : 37°5 ; TS : 38°9.
 Le 15. — TM : 37°9 ; TS : 38°6.
 Le 16. — TM : 37°2 ; TS : 39°4.
 Le 17. — T : 37°8. L'enfant se plaint d'un testicule.
 Le 18. — TM : 37°9 ; TS : 39°2. Il y a une légère tuméfaction au testicule droit.
 Le 19. — TM : 38°1 ; TS : 37°9.
 Le 20. — TM : 37°9 ; TS : 38°2.
 Le 21. — TM : 37°6 ; TS : 37°9.
 Le 22. — TM : 37°4 ; TS : 38°9.
 Le 23. — TM : 37°5 ; TS : 38°6. La tuméfaction a disparu.
 Le 24. — TM : 37°1 ; TS : 37°4. Nouveau gonflement du testicule.
 Au niveau du thorax il existe un trajet fistuleux où l'on introduit une mèche de gaze stérilisée, il existe un léger écoulement purulent.
 La fièvre disparaît et quelques jours après l'enfant est guéri (13 août).

REMARQUES. — Il est évident que malgré la résection costale, la sortie du pus n'était pas complète. La température a été constamment élevée. La poussée d'orchite qui a existé ne semble pas avoir eu beaucoup d'effet sur sa marche puisqu'une recrudescence de l'inflammation ne fut pas accompagnée de fièvre. Du reste la température du début tient uniquement à l'état pleural. Dans ce cas on aurait eu bénéfice à laver : l'état de l'enfant ne s'en est pas senti.

Obs. VI. — *Pleurésie purulente à pneumocoques. — Pleurotomie au niveau de la 5^e côte. — Lavages. — Drain. — Guérison en 1 mois. — Erythème scarlatiniforme dû à la gaze iodoformée.*

Bret... Louis, 14 ans 1/2, entré le 20 juin 1896, salle Blache, n° 38, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Tous ses parents sont bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 7 ans. En dehors de cela n'a jamais rien eu.

Le 13 juin. — S'est plaint du mal de tête et d'un point de côté. Le médecin de la famille a porté le diagnostic de pneumonie.

Le 20. — L'enfant est amené à l'hôpital. T. 40°5.

Le 21. — TM : 39°2 ; TS : 39°8. On entend un souffle tubaire à la partie supérieure du poumon droit ; à ce niveau il y a de la matité. A la

partie inférieure du poumon on note une zone mate au niveau de laquelle on perçoit de l'égophonie.

Le 22. — TM : 38°9 ; TS : 40°. La partie supérieure du poumon ne présente plus de souffle ; on entend des râles crépitants de retour. Il y a une matité complète remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate ; l'enfant est très gêné pour respirer. On ne perçoit plus d'égophonie, le foie est abaissé ; on ne met pas en doute que l'enfant a une pleurésie très abondante. Comme la température n'a pas fait sa défervescence, on suppose une pleurésie purulente ; une ponction exploratrice indique la présence du pus. On ponctionne à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy, il sort un litre de liquide. La température est néanmoins à 40° le soir.

Le 23. — Le liquide s'est reproduit ; la température est à 39°5 ; M. Simon pratique la pleurotomie un peu en arrière de la ligne axillaire au niveau du 5^e espace intercostal ; il sort 3/4 de litre de pus. TS : 38° (Drainage, pansement à la gaze iodoformée).

Le 24. — TM : 38° ; TS : 37°9. L'enfant va très bien, il sort beaucoup de liquide ; on fait un lavage.

Le 25. — TM : 38° ; TS : 38°2.

Le 26. — TM : 37°9 ; TS : 39°5. — Bien que l'écoulement ait notablement diminué, la température du soir nous fait défaire le pansement ; il s'écoule très peu de pus.

Le 27. — T. 38°7. L'enfant présente une éruption scarlatiniforme généralisée, il n'y a pas d'angine. Comme l'éruption n'a pas suivi la marche habituelle, on suppose qu'on a affaire à une intoxication par l'iodoforme. On fait un pansement avec de l'ouate stérilisée. La température tombe à 37°2 le soir.

Jusqu'au 1^{er} juillet on fait des pansements sans pratiquer de lavages, la température ne subissant aucune élévation.

Le 2 juillet. — TM : 38° ; TS : 37°2. On fait un lavage et on change le drain. Le poumon est complètement revenu sur lui-même. Dans l'espace de 24 heures il ne s'écoule qu'une cuillerée à bouche de pus.

Le 3. — TM : 37°2 ; TS : 37°5.

Le 4. — TM : 37°2 ; TS : 37°4.

Le 5. — TM : 37° ; TS : 37°6.

Le 6. — TM : 37°2 ; TS : 37°8.

Le 7. — TM : 38° ; TS : 37°2. Devant cette élévation de température on pratique un lavage qui fait sortir beaucoup de liquide ; on remarque qu'il est très aqueux.

A partir de ce moment la température a été nulle.

Le 12. — La sécrétion purulente étant nulle, on supprime les drains.

Le 20. — Il ne reste plus qu'une fistule imperceptible.

Le 27. — L'enfant sort complètement guéri. On entend la respiration dans tout le poumon. On ne perçoit qu'une légère submatité à la partie inférieure du poumon.

REMARQUES. — La marche de la maladie n'offre comme particularité que l'érythème scarlatiniforme dû à la gaze iodoformée.

OBS. VII. — *Pleurésie enkystée. — Ponctions exploratrices sans résultat. — Vomiques. — Guérison.*

Cha... Alphonse, âgé de 7 ans, entré le 11 mars 1896, salle Blache, n° 39 (hôpital des Enfants-Malades).

Antécédents personnels. — L'enfant tousse depuis 8 jours ; c'est le seul renseignement donné par des voisins qui l'amènent. Le père et la mère sont bien portants.

Le 11 mars. — A son arrivée on constate une pleurésie du côté gauche. Matité remontant jusque sous l'aisselle. Souffle très peu prononcé, égophonie au niveau de la pointe de l'omoplate. Il n'y a pas de température. La déviation du cœur étant très peu accentuée, on ne juge pas utile de ponctionner l'enfant.

Le 21. — Toute trace de pleurésie a complètement disparu. L'enfant se dispose à partir.

Le 1^{er} avril. — L'enfant n'est pas sorti (ses parents n'étant pas venus le chercher), il est pris subitement d'un point de côté, de toux et de dyspnée. Au niveau de l'aisselle on perçoit un souffle tubaire, des râles sous-crépitaux et de la matité. TM : 39°8 ; TS : 40°.

Le 2. — TM : 39°9 ; TS : 40°1. L'état pulmonaire est toujours le même. La pneumonie est nette.

Le 3. — TM : 39°7 ; TS : 40°1. Mêmes symptômes pulmonaires. L'enfant est extrêmement abattu, sa dyspnée est intense.

Le 4. — TM : 39°8 ; TS : 40°. Le poumon est pris dans sa totalité, on entend un souffle au niveau de l'aisselle et un autre plus voilé au niveau de la pointe de l'omoplate. La matité occupe la moitié supérieure du poumon.

Le 5. — TM : 39°6 ; TS : 40°. Même état.

Le 6. — TM : 39°9 ; TS : 40°1.

Le 7. — TM : 39°8 ; TS : 40°2. Au niveau de l'aisselle le souffle est moins intense ; tout autour on entend de nombreux râles crépitaux. Au niveau de la pointe de l'omoplate la matité persiste toujours ainsi que le souffle.

Le 8. — TM : 40° ; TS : 40°2.

Le 9. — TM : 40° ; TS : 39°9. La défervescence ne se produit pas et, cependant, l'état général s'est amélioré.

Le 10. — TM : 39°3 ; TS : 40°1. Les râles sous-crépitaux sont moins nombreux dans toute la partie supérieure du poumon, les souffles persistent ainsi que la matité.

Le 11. — TM : 38°7 ; TS : 40°. On cherche s'il n'y a pas un point pleurétique qui puisse être la cause de cette température élevée. Plusieurs ponctions exploratrices sont pratiquées sans résultat.

Le 12. — TM : 39°5 ; TS : 40°.

Le 13. — TM : 38°8 ; TS : 40°5.

Le 14. — TM : 40°5 ; TS : 40°8.

Le 15. — TM : 40° ; TS : 39°8. On perçoit toujours des souffles très nets dans l'aisselle et à la pointe de l'omoplate, le reste du poumon est absolument sain. L'enfant est très pâle, maigrit considérablement, a les urines rares. M. Simon ne doute pas qu'il y ait là une pleurésie enkystée probablement interlobaire.

Le 16. — TM : 38°9 ; TS : 40°.

Le 17. — TM : 38°7 ; TS : 40°2.

Le 18. — TM : 39°5 ; TS : 40°.

Le 19. — TM : 38°7 ; TS : 40°1. L'enfant est somnolent et a la diarrhée.

Le 20. — TM : 40°2 ; TS : 40°. Délire pendant la nuit.

Le 21. — TM : 40° ; TS : 39°8. Etat semi comateux.

Le 22. — TM : 38°7 ; TS : 38°3. On fait prendre du champagne à l'enfant, on lui donne des bains sinapisés.

Le 23. — La dyspnée est très intense. TM : 40°.

Le 24. — TM : 39°6 ; TS : 39°7.

Le 25. — TM : 39°2 ; TS : 39°4.

Le 26. — TM : 39°7 ; TS : 39°9. L'enfant semble moins malade. Le souffle de l'aisselle est moins intense. — On fait de nouveau des ponctions exploratrices au niveau de la pointe de l'omoplate, on ne retire rien.

Le 27. — TM : 39°9 ; TS : 38°7.

Le 28. — T : 40°. L'enfant est dans le coma. On redoute une issue fatale.

Le 29. — Le lendemain matin à la visite, on nous apprend que l'enfant a été pris d'une quinte de toux dans le courant de la nuit et qu'à la suite il a vomi la valeur d'un quart de litre de pus. En l'auscultant on trouve au niveau de la pointe de l'omoplate un souffle sonore avec des râles humides. En faisant tousser l'enfant on perçoit un véritable gargouillement.

A partir de ce moment jusqu'au 12 mai, les symptômes physiques n'ont pas changé ; il a toujours eu 2 ou 3 vomiques par jour. L'enfant engraisse peu à peu.

Voici quelle a été la température pendant cette période :

Le 30. — TM : 38°5 ; TS : 39°2.

Le 1^{er} mai. TM : 38°4 ; TS : 40°.

Le 2. — TM : 38°5 ; TS : 39°.

Le 3. — TM : 38°8 ; TS : 39°6.

Le 4. — TM : 38° ; TS : 39°.

Le 5. — TM : 38°6 ; TS : 40°.

Le 6. — TM : 37°8 ; TS : 58°6.

Le 7. — TM : 38° ; TS : 39°.

Le 8. — TM : 38°3 ; TS : 38°8.

Le 9. — TM : 37°6 ; TS : 30°.

Le 10. — TM : 38°8 ; TS : 38°3.

Le 11. — TM : 37°6 ; TS : 37°3.

Le 12. — Les vomiques sont de moins en moins fortes ; le gargouillement a disparu, on entend quelques râles lorsqu'on fait tousser le malade ; au niveau de la pointe de l'omoplate, la matité est complète. La température est tombée à 37° et à partir de ce moment jusqu'au départ de l'enfant est restée à ce niveau.

Le malade demeure dans la salle jusqu'au 4 juillet ; pendant ce temps, il a engraisé de 5 kilos, il a aidé aux travaux de la salle ; la toux a complètement cessé.

Lorsqu'il sort on entend un souffle à la pointe de l'omoplate, mais aucun râle ; il y a de la matité.

REMARQUES. — Le pronostic porté avait été très alarmant. Bien que les souffles et les signes pleurétiques aient été nets, il a été impossible de déterminer le point exact où siégeait l'épanchement.

OBS. VIII. — *Pleurotomie postérieure. — Lavages. — Guérison en 6 semaines (1).*

Sabot Héloïse, âgée de 4 ans, entre le 10 juin et est placée au n° 33 de la salle Gillette.

La malade a eu la rougeole un an auparavant. Elle n'eut pas de bronchite.

Les parents sont bien portants.

12 jours avant d'entrer à l'hôpital, l'enfant a eu une pneumonie.

La température ne tomba pas brusquement au bout de 9 jours nets, et resta stationnaire à 38°. L'enfant continuait à tousser et était gênée pour respirer.

Elle fut ponctionnée à son arrivée à l'hôpital, mais l'état général resta mauvais, la dyspnée intense.

Le liquide s'étant reproduit rapidement, le 13 juin on pratique une pleurotomie nettement postérieure et on ne fait pas de lavages.

Le 14. — La température est tombée.

Le 15. — Elévation de la température, 38°.

Le 16. — TM : 38° ; TS : 38°2.

Le 17. — La température étant très élevée, on fait un lavage.

Le 18. — La température tombe à 37°.

Le 19. — T : 37°3.

Le 20. — T : 39°8.

(1) Communiquée par M. MONOD.

Le 21. — On pratique un lavage ; le soir on défait le pansement qui est souillé de pus, il s'écoule une quantité énorme de liquide.

Le 22. — Nouveau lavage qui fait sortir du pus.

Le 23. — On change les drains, on fait un lavage et à partir de ce moment la température reste normale.

Jusqu'au 12 juillet on laisse deux drains.

Le 14 juillet. — Il s'écoule encore du pus.

Le 17. — On retire les drains.

Le 22. — L'enfant sort. La fistule n'est pas complètement fermée.

REMARQUES. — La pleurotomie postérieure dans le fait précédent n'a pas hâté la sortie du pus. Les lavages ont été néanmoins nécessaires et c'est à leur suite que la poché s'est vidée complètement. Après un mois et demi l'orifice est encore fistuleux.

OBS. IX. — *Pleurotomie au niveau de la pointe de l'omoplate. — Ni résection. — Ni lavage. — Guérison en 3 semaines.*

Bassez Louise, entrée salle Gillette le 19 juin 1894. Mauvaise santé. Pas de fièvres éruptives. Bronchites continuelles.

Depuis 3 mois l'enfant a une broncho-pneumonie. A son arrivée on constate une dyspnée intense. Le cœur est déplacé. La matité est énorme du côté gauche. On porte le diagnostic de pleurésie purulente. Une ponction exploratrice faite à la pointe de l'omoplate ramène du pus (streptocoques).

A ce niveau on entendait un souffle intense.

Le 20. — On fait une pleurotomie sans résection et sans lavage. On met un gros drain. La température à 38°7 le matin tombe à 38° le soir.

Le 21. — La température est à 37°2. Jusqu'au 26 on ne fait aucun pansement.

Le 26. — En raison d'une légère ascension de la température (37°8) on change le pansement et les drains. On ne fait pas de lavage.

La température reste normale, on retire les drains le 1^{er} juillet, et la petite malade sort le 7 juillet complètement guérie.

REMARQUES. — Cette pleurésie à streptocoques a guéri par une pleurotomie faite au niveau de la pointe de l'omoplate et n'a pas été accompagnée de résection ni suivie de lavage.

OBS. X. — *Pleurésie putride tuberculeuse. — Mort.*

Vil... Alfred, âgé de 6 ans, entré le 15 février 1896, salle Blache (service du Dr Simon). L'enfant tousse depuis un mois 1/2. Le médecin de

la famille avait porté le diagnostic de bronchite. Il se plaint de points de côté. Il transpire la nuit. L'état général est satisfaisant car l'enfant continue à avoir de l'appétit et n'a pas maigri. Il a eu la rougeole au mois de novembre 1895.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Deux frères sont morts en bas âge ; on ne peut spécifier de quoi.

16 février. — A son entrée l'enfant se plaint uniquement d'un point de côté. Il a le teint un peu terreux, mais sans aucune trace de fatigue.

Vêtu de sa chemise l'enfant ne semble pas avoir d'affection bien prononcée du côté de la cage thoracique. La respiration paraît normale. On déshabille l'enfant et l'on voit la pointe du cœur qui bat manifestement sous l'extrémité inférieure du sternum ; ce que vérifie la palpation.

La percussion trouve de la matité étendue sur tout le poumon gauche. L'espace de Traube est envahi et en haut se trouve la matité sous la clavicule et jusque sous l'omoplate. Le long de la colonne vertébrale il existe une légère zone sonore, perceptible même à la percussion faible.

L'auscultation révèle du retentissement vocal à la partie supérieure du poumon et un silence complet sous la partie inférieure.

Dans l'aisselle on perçoit une respiration un peu soufflante.

En somme l'enfant a les symptômes d'une pleurésie. Il y a à remarquer l'absence complète de fièvre pendant les deux jours que l'enfant vient de passer à l'hôpital.

A première vue l'enfant ne semble pas avoir de dyspnée, en fixant son creux épigastrique on voit que les mouvements du diaphragme sont très prononcés. Ce qui fait contraste avec l'immobilité complète des côtes gauches. Il n'y a pas d'œdème thoracique.

Le 17. — TM : 37° ; TS : 37°2.

Le 18. — TM : 37°2 ; TS : 37°1. La mère interrogée de nouveau prétend que l'enfant se plaint du point de côté depuis un mois et qu'elle a remarqué depuis longtemps que le côté gauche ne respirait pas.

Nous avons alors fait une ponction capillaire pensant que le liquide pourrait être purulent dans une pleurésie datant d'un mois 1/2. Cette ponction reste blanche.

Nous essayons alors une ponction aspiratrice avec un trocart de moyenne grosseur ; il nous est impossible de pénétrer dans la plèvre ; à plusieurs reprises nous essayons avec une aiguille fine. Il ne sort aucun liquide, 1/2 heure après on voit sortir quelques gouttes d'un liquide purulent du dernier orifice.

Le 19. — M. Simon essaie de faire une ponction évacuatrice, mais n'y réussit pas. En enfonçant l'aiguille, il sent une résistance considérable ; il pratique alors l'empyème suivant sa méthode, il s'écoule un litre de pus répandant une odeur infecte.

On met un drain gros et court et l'on pratique un lavage.

Le pus examiné contient du streptocoque et du staphylocoque. De

plus on se rencontre du *proteus* et du *morax tetragene*. On n'y trouve pas de bacille de Koch. L'inoculation démontra la nature tuberculeuse de la pleurésie.

Le 20. — La température est toujours à 37°2-37°4. On fait un lavage avec de l'eau coaltarisée. Le liquide pénètre difficilement.

Le 21. — Nouveau lavage qui amène à l'orifice un bouchon de membranes que nous retirons à l'aide de pinces recourbées. A la suite de cette sortie, il vient des floes de pus mal lié renfermant des grumeaux. TM : 37°2 ; TS : 27°6.

Le 22. — Lavage. TM : 37°3 ; TS : 37°4.

Le 23. — En lavant il vient des membranes. L'odeur répandue par l'enfant est infecte et rappelle celle d'une macération. L'état général est très satisfaisant.

On lave chaque jour.

Le 28. — L'enfant est pris subitement de dyspnée, de sueurs, de douleurs abdominales. L'auscultation révèle dans les deux poumons de nombreux râles. Il y a du délire. T : 40°.

On croit à une tuberculose aiguë généralisée.

Le 29. — TM : 38° ; TS : 39°8. L'état est toujours le même.

Le 1^{er} mars. — TM : 40°1 ; TS : 40°2.

La pleurésie fournit toujours du pus. L'enfant délire et a des sueurs abondantes. La diarrhée est continuelle. Les deux poumons sont remplis de râles fins.

Le 2. — TM : 40° ; TS : 39°2. Même état.

Le 3. — TM : 40° ; TS : 38°9. Même état.

Le 4. — TM : 39°3 ; TS : 40°4.

Le 5. — TM : 39°9 ; TS : 40°5.

Le 6. — TM : 39°4 ; TS : 39°8.

Le 7. — TM : 38° ; TS : 39°2.

Le 8. — TM : 39° ; TS : 39°1.

Le 9. — TM : 40° ; TS : 40°3. L'enfant est dans le coma.

Le 10. — Même état.

Le 11. — L'enfant meurt subitement.

Autopsie. — L'enfant a succombé à une granulie aiguë. Le poumon gauche est comprimé par des fausses membranes épaissies d'un centimètre. La cavité pleurale est limitée de toutes parts par une membrane épaissie et même ayant subi la transformation crétacée au niveau des espaces intercostaux. Il est impossible de détacher la plèvre sans lacérer le poumon.

Les deux feuillets pleuraux ont de nombreuses adhérences et à la partie postérieure au niveau de la huitième côte il existe une poche purulente qui ne s'est pas vidée. Elle a la dimension d'un œuf de poule et est limitée par une coque résistante.

REMARQUES. — Avec l'épaisseur des membranes il est facile de

comprendre l'impossibilité de perforer à l'aide d'aiguilles fines.

A noter l'absence de fièvre et de symptômes généraux. Le diagnostic n'a été fait quant à la nature du liquide qu'en raison de la longue durée de la maladie. L'utilité des lavages n'est pas contestable dans le cas échéant.

OBS. XI. — *Pleurésie purulente à pneumocoques enkystée.*
— *Diagnostic dans le cours de la pneumonie.*

Griff... Alfred, âgé de 7 ans, entré le 16 avril 1896, salle Blache (service de M. J. Simon).

L'enfant a eu la rougeole à trois ans. Il a souvent des embarras d'estomac. Le père tousse depuis un an. La mère a craché le sang. Neuf enfants sont morts de méningite.

L'enfant est malade depuis le 12 avril. Il s'est plaint d'un violent mal de côté à gauche, et s'est mis à respirer difficilement. La nuit qui a suivi le début de la maladie a été mauvaise : agitation, délire, vomissements.

Le 16. — T : 39°8.

Le 17. — TM : 39°7 ; TS : 40°5. L'enfant respire très difficilement. Les narines se dilatent pendant l'inspiration. A la partie supérieure en arrière et à gauche on perçoit un souffle intense et tout autour quelques râles fins. Dans l'aisselle le souffle est très net mais semble lointain. La percussion donne de la matité dans les fosses sus et sous-épineuses et dans l'aisselle. L'enfant ne parle pas assez fort pour en tirer des conclusions. La pneumonie est nette. Le poumon est libre dans toute la partie inférieure.

L'état général est mauvais. L'enfant a la langue sèche et délire un peu.

Le 18. — TM : 39°5 ; TS : 40°1. Etat général mauvais. Etat pulmonaire stationnaire.

Le 19. — TM : 40° ; TS : 40°1. L'auscultation est toujours la même. Comme au niveau de l'aisselle, il nous semble percevoir un léger chevrottement de la voix, nous faisons une ponction exploratrice et nous retirons du pus vert bien lié, contenant des pneumocoques. Une ponction à la partie inférieure ne donne aucun liquide, il y a donc là une pleurésie enkystée limitée uniquement au foyer de la pneumonie.

Le 20. — Etat identique. TM : 40° ; TS : 40°1.

Le 21. — Des râles fins sont disséminés dans tout le sommet du poumon. Au niveau de l'aisselle on les perçoit également et en plus on entend un léger souffle. TM : 40° ; TS : 39°5.

Le 22. — L'enfant va mieux : les urines sont plus abondantes, la dyspnée n'existe plus. TM : 39°2 ; TS : 38°.

Le 23. — TM : 37°3 ; TS : 38°2. Les râles crépitants commencent à

diminuer. Au niveau du point pleurétique, il y a du souffle et de la matité.

Le 24. — TM : 38°5 ; TS : 38°9.

Le 25. — TM : 38°2 ; TS : 38°5.

Le 26. — T : 38°9. On demande à la famille l'autorisation de ponctionner l'enfant et de faire l'empyème si cela est utile. Les parents s'y refusent formellement et emmènent leur enfant qu'ils disent guéri, malgré les observations de la surveillante.

REMARQUES. — La pleurésie purulente très manifeste après la ponction était impossible à diagnostiquer sûrement.

La défervescence ne s'est pas faite au 9^e jour et la chute de température n'a pas été typique.

Nul doute que le cas eût été, sans notre ponction anticipée, classé dans les pleurésies métapneumoniques.

OBS. XII. — *Pleurésie purulente à pneumocoques. — Lavages et drainage. — Nécessité de fréquents lavages.*

Tarch.... Pedro, 3^e ans 1/2, entré le 25 janvier, salle Blache, n° 34 (Hôpital des Enfants-Malades, service du Dr Simon).

L'enfant est malade depuis 12 jours ; la maladie a débuté par un point de côté et le mal de tête. La température était de 39°. On a diagnostiqué une pleurésie droite.

Pendant 8 jours la température est restée à 39°, 39°5 et 40°. A ce moment la fièvre a diminué et elle est tombée brusquement à 37°5. Elle est restée à ce degré pendant 2 jours. Le 24, la fièvre est remontée à 39°. Le médecin ayant constaté une pleurésie a retiré un demi-litre de pus.

Le 25 au matin, l'enfant étant très oppressé et ayant 39° de température, on l'amène à l'hôpital.

A son arrivée on constate que les ailes du nez battent vivement, la toux est continuelle. A droite, la matité est complète, il y a un souffle léger en arrière de l'aisselle, le murmure vésiculaire ne s'entend pas.

On pratique la pleurotomie suivant le procédé de M. Simon (Lavage et drainage à l'aide de 2 drains longs de 8 centimètres). Il sort environ un demi-litre de pus. La température le soir est encore de 39°.

Le 26. — TM : 38°3 ; TS : 38°9. On fait un lavage. L'état général de l'enfant est satisfaisant.

Le 27. — TM : 38° ; TS : 38°2. On fait un lavage chaque jour.

Le 28. — TM : 38°8 ; TS : 38°.

Le 29. — TM : 38°3 ; TS : 37°9.

Le 30. — TM : 37°5 ; TS : 39°.

Le 31. — TM : 38°1 ; TS : 38°5.

Le 1^{er} février. — TM : 38° ; TS : 39°2. Nous prenons le service et en faisant le lavage, nous constatons qu'il sort une quantité énorme de pus.

Le 2. — TM : 38°6 ; TS : 39°2. Nous remplaçons sur les conseils de M. Simon les drains longs par un drain gros et court.

Le 3. — La température est tombée à 37°1. Le soir elle est de 37°5. L'état pleural est très modifié ; on perçoit le murmure vésiculaire, on ne pratique pas de lavage.

Le 4. — La température est à 39°. Lavage qui fait sortir beaucoup de pus ; le soir la température atteint 37°3.

Le 5. — T : 37°9. On ne fait pas de lavage. Le soir : 37°9.

Le 6. — TM : 37°9 ; TS : 38°2. Aucun lavage.

Le 7. — T : 38°2. M. Simon nous fait remarquer que les lavages n'ont pas été faits depuis 2 jours et que c'est là la cause de la température. On fait passer 3 litres de liquide dans la plèvre.

Le 8. — La température est tombée à 37°5. Malgré ce degré thermique on fait un lavage.

Le 9. — T : 37°2. Lavage.

Le 10. — T : 37°3. On ne fait pas de lavage, le soir la température est remontée à 38°1.

Le 11. — Pas de lavage ; la température est à 38°2 le matin, 39° le soir.

Le 12. — T : 39°. Persuadé que cette élévation tient évidemment à la rareté des lavages, à partir de ce jour nous lavons la plèvre tous les matins. La température ne s'est pas alors élevée une seule fois au-dessus de 37°2.

Le murmure vésiculaire se perçoit, il n'y a plus que de la submatité. Le pansement est toujours souillé de pus.

Le 24. — On ne fait les lavages que tous les deux jours ; la température ne s'en ressent pas.

Le 1^{er} mars. — On cesse tout lavage, on laisse les drains.

Le 6. — On remplace le drain par une mèche de gaze, le lendemain la température est à 38°2. On retire la mèche et il sort du pus. On remet une mèche.

Le 7, la température est à 38°3, il sort encore du pus en enlevant la mèche de gaze. Comme il est facile de supposer que la mèche formait un bouchon à l'orifice on remet un drain de petit calibre. A partir de ce moment la température est restée à 36°9-37, 37°2.

Le 20. — On supprime le drainage ; la température reste normale.

Le 24. — La fistule est fermée, le poumon respire normalement, le thorax du côté droit est légèrement déprimé. L'état général de l'enfant est excellent.

Le malade ayant été pris de la coqueluche est encore resté 2 mois dans le service ; il n'y a rien eu à signaler au point de vue qui nous occupe.

REMARQUES. — Cette observation indique le mauvais résultat de l'emploi des drains longs. Elle indique également l'utilité de lavages quotidiens, étant donné l'élévation de la température. On y voit aussi qu'il faut rejeter l'emploi de la gaze qui forme bouillon et empêche la sortie du pus.

OBS. XIII. — *Pleurésie purulente à pneumocoques. — Pleurotomie postérieure. — Lavages répétés.*

Pil... Marie, âgée de 9 ans, entrée le 9 avril 1896, salle Gillette, n° 6 (hôpital des Enfants-Malades).

L'enfant est malade depuis 14 jours. On constate à son entrée une matité complète du poumon droit. Le murmure vésiculaire est aboli; on ne perçoit pas les vibrations thoraciques. Température 39°.

Le 10 avril. — Ponction évacuatrice, liquide franchement purulent, contenant des pneumocoques.

Le 11. — T : 39°.

Le 12. — T : 39°2. L'épanchement semble se reproduire.

Le 13. — T : 39°. Le liquide est aussi abondant que la première fois.

Le 14. — On fait une pleurotomie nettement postérieure; on ne fait pas de lavage. On met un double drain.

Les jours suivants on fait le pansement chaque jour sans faire de lavages.

La température fait de grandes oscillations.

Le 15. — TM : 37°5; TS : 38°3.

Le 16. — TM : 37°2; TS : 38°2.

Le 17. — TM : 37°5; TS : 39°5.

Le 18. — TM : 38°2; TS : 39°5.

Le 19. — TM : 37°3; TS : 39°5.

Le 20. — TM : 37°3; TS : 39°5.

Le 21. — TM : 37°2; TS : 39°.

Le 22. — TM : 37°2; TS : 39°3.

Le 23. — TM : 37°5; TS : 38°7.

Le 24. — L'interne de service nous parle de ces oscillations continues bien que le pus ait une sortie facile. Nous lui conseillons alors de faire des lavages. Il agit ainsi tous les 3 jours et la température ne dépasse plus 37°3.

Le 8 mai. — On cesse les lavages.

Le 12. — On retire les drains.

Le 18. — Tout pansement est devenu inutile. La malade a pris de l'embonpoint. Il n'y a plus qu'une légère submatité à la partie postérieure du poumon.

REMARQUES. — Malgré que la sortie du pus fût assurée la température n'est tombée que lorsqu'on a pratiqué des lavages.

OBS. XIV. — *Pleurésie purulente à pneumocoques. — Pleurotomie sous l'aisselle. — Pas de lavages; — Suppression rapide du drainage. — Nécessité d'inciser de nouveau. — Guérison.*

Zeit... Marguerite, entrée le 23 mai 1896, salle Gillette (hôpital des Enfants-Malades).

L'enfant est malade depuis 2 mois. La maladie a commencé par de la fièvre, de l'oppression et de la toux. Le médecin qui avait vu l'enfant avait déclaré qu'elle avait une pleurésie.

A son arrivée à l'hôpital, on constate qu'elle a une dyspnée légère au moment des efforts; à gauche il y a abolition du murmure vésiculaire, matité remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate en arrière, skodisme en avant. Il y a de l'égophonie. Le cœur est légèrement déplacé. A droite il y a quelques râles crépitants fins. La température à l'arrivée de l'enfant est de 40°.

La ponction est faite, on retire du pus à pneumocoques.

Le 24. — TM : 38° ; TS : 38°9.

Le 25. — TM : 37°5 ; TS : 39°.

Le 26. — TM : 37°2 ; TS : 39°4. Le liquide commence à se reproduire.

Le 27. — TM : 37°5 ; TS : 38°.

Le 28. — TM : 37°4 ; TS : 38°7.

Le 29. — On fait la pleurotomie au niveau de la 5^e côte sur la ligne axillaire. A la suite de l'opération on pratique un lavage et on met un gros drain.

Les jours suivants on se contente de faire le pansement et de nettoyer les drains, la température oscille entre 37° et 37°5.

Le 7 juin. — On supprime le drainage et on cesse de prendre la température.

Le 26. — La petite fille se plaint d'un point de côté, elle est oppressée, la température est à 39°5.

Le 27. — A la visite du matin en voyant la température à 38°, on ausculte l'enfant; il y a nettement une pleurésie du côté droit. Comme il reste un trajet fistuleux au niveau du point opéré on introduit une sonde cannelée et il sort du pus. On refait une incision pleurale, on lave la plèvre, on remet un drain. La température tombe le soir à 37°2 pour ne plus se relever.

Le 13 juillet. — On retire les drains et à partir de ce moment l'enfant se porte bien.

REMARQUES. — A la suite de cette pleurotomie faite dans l'aisselle il n'a été fait qu'un lavage post-opératoire. La température est restée continuellement basse. La suppression prématurée du drain fut la cause d'une récurrence.

Obs. XV. — *Pleurotomie. — Tuberculose. — Mort.*

Per... Léontine, âgée de 16 mois, entrée le 14 mai 1896, salle de Chaumont, n° 17 (Hôpital des Enfants-Malades).

Antécédents héréditaires. — Les parents sont bien portants, ils ont un autre enfant en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au biberon, l'enfant qui n'est pas vaccinée a eu sa première dent à 6 mois. Jusqu'à 13 mois, elle a été malade ayant des vomissements et de la diarrhée. De 13 à 15 mois elle a été bien portante.

L'enfant est malade depuis 3 semaines, elle tousse et a des vomissements ; elle a été soignée tout d'abord pour broncho-pneumonie. Le médecin qui la soignait en ville a fait il y a quelques jours une ponction qui a ramené du liquide purulent.

A son entrée, la petite fille est éveillée, n'a pas de fièvre et son état général est assez satisfaisant.

A l'auscultation on entend un souffle doux dans tout le poumon gauche en arrière et en avant ; à droite près de la colonne vertébrale on entend aussi le souffle qui disparaît vers l'aisselle ; pas de râles.

La percussion révèle de la matité dans toute la hauteur du poumon gauche, moins accentuée pourtant à la partie inférieure ; matité sous l'aisselle et en avant sous la clavicule. L'espace de Traube reste sonore ; le cœur ne paraît pas déplacé.

15 mai. — Même état. Une ponction exploratrice faite avec la seringue de Straus à 2 travers de doigt au-dessous de l'omoplate ne ramène rien ; une seconde ponction faite contre la pointe de l'omoplate ramène du pus franc. Ce pus examiné contient du pneumocoque.

Le 18. — Enfant fatigué. Mêmes signes physiques. Ponction évacuatrice avec l'appareil de Potain au niveau de la 2^e ponction exploratrice. On ne retire que quelques grammes de liquide purulent.

Le 20. — Etat général meilleur. Auscultation : en arrière, respiration un peu soufflante au sommet, mais pas de souffle pareil à celui des premiers jours ; rien à la base. Dans l'aisselle on entend un souffle de même qu'en avant. La percussion dénote en arrière une matité moins absolue que le 1^{er} jour. En avant et dans l'aisselle la matité persiste identique.

Le 21. — L'enfant vomit depuis hier. Diarrhée. Elle semble très fatiguée.

A l'auscultation le souffle est surtout intense dans l'aisselle. On perçoit quelques craquements au niveau du sommet. Le soir l'enfant paraissant plus mal on fait une ponction exploratrice au niveau de l'aisselle ; on retire du pus. — On fait la pleurotomie d'urgence. On incise au niveau du point ponctionné sur un espace de 1 centimètre 1/2 ; il s'écoule, dès l'incision pleurale, un flot de pus bien lié mélangé de sang (quantité de pus sortie 300 gr.). On fait un lavage jusqu'à ce que

le liquide sorte clair, on met 2 gros drains et un pansement salolé.

Le 22. — Après l'opération les vomissements de la malade ont cessé ; ils ont recommencé le lendemain matin. T : 39°. Pansement, lavage à l'eau boriquée qui ressort rapidement claire.

Le 23. — La température est redescendue. Pansement sans lavage. Les vomissements ont cessé.

Le 24. — Pas de pansement, l'état général est excellent.

Le 25. — Diarrhée, vomissements. Lavage qui ramène beaucoup de pus.

Le 26. — La fièvre a continué. Pansement. Lavage.

Le 28. — L'enfant va bien ; pas de lavage.

Le 31. — On nettoie les drains et on les remet sans faire de lavage. Etat général bon.

Le 10 juin. — L'état général continue à être excellent ; comme il n'y a pas de température on ne fait plus de lavages. Le poumon du côté de l'épanchement présente des craquements dans la fosse sus-épineuse et sous la clavicule. L'autre poumon est légèrement soufflant au sommet.

Le 12. — Suppression des drains, attouchement d'un bourgeon charnu au nitrate d'argent.

Le 22. — L'enfant s'est bien portée jusqu'à cette époque ; elle a fréquemment de la diarrhée.

Le 30. — Elévation de température ; état général mauvais.

Le 1^{er} juillet. — La fièvre persiste ; par la plaie s'écoule un peu de pus, on introduit un drain et l'écoulement se fait abondamment. L'enfant a considérablement maigri.

Le 22. — L'écoulement a cessé mais l'état général est très mauvais. Diarrhée continuelle, perte d'appétit, amaigrissement. Le sommet des poumons est rempli de râles crépitants.

Le 29. — Etat stationnaire.

Le 7 août. — Mort avec symptômes de tuberculose.

REMARQUE. — Cette pleurésie a eu une marche normale. L'issue a été fatale en raison de la tuberculose pulmonaire qui s'est dévoilée peu à peu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baginsky.** — *Bulletin médical*, 1892.
- Baron.** — Thèse de Paris, 1841.
- Barthez et Sanné.** — *Traité des maladies des enfants*.
- Batten.** — Empyème double chez les enfants. *Lancet*, juin 1894.
- Bouveret.** — *Traité de l'empyème*.
- Breton.** — *Revue des maladies de l'enfance*, 1892.
- Cadet de Gassicourt.** — *Revue des maladies de l'enfance*, 1892.
- Cautley.** — Empyème chez l'enfant. *London medical soc.*, 28 janvier 1895.
- Colrat.** — Pleurésie chez l'enfant. *Lyon médical*, 9 août 1891.
- Comby.** — *Soc. médicale des hôpitaux*, 3 avril 1891.
- Damaschino.** — Thèse d'agrégation, 1869.
- Damourette.** — Thèse de Paris, 1893. *Maladies données par la galactophorite de la nourrice*.
- Dieulafoy.** — *Manuel de pathologie interne*, 1894, t. I, p. 199.
- Anna Finkelstein.** — *Pleurésies purulentes de l'enfance*, thèse Paris, 1890.
- Hache.** — *Revue de chirurgie*, 1881.
- Hastings et Edwards.** — *Lancet*, 20 août 1892.
- Koplik.** — *Archiv. of Pediatrics*, oct. 1890.
- Lemaigre.** — Pleurésie purulente chez l'enfant. *Journal de médecine de Bordeaux*, 27 juin 1895.
- Mackey.** — *Medical times and Gazette*, 1875.
- Marchall.** — Mortalité de l'empyème infantile. *Lancet*, 21 décembre 1893.
- Marfan.** — Étiologie et diagnostic des pleurésies. *Gazette des hôpitaux*, 31 août 1889.
- Morison.** — Empyème chez les enfants. *Lancet*, septembre 1894.
- Netter.** — Pleurésie purulente à pneumocoques sans pneumonie. *Bulletin de la Société anatomique*, 1887.
- *Société médicale des hôpitaux*, 1889.
- *Nouveau traité de médecine*, art. Broncho-pneumonie.
- Péron.** — *Traitement des pleurésies purulentes de l'enfance*.
- Poore.** — Operations for empyeme. *New-York medical Journal*, 24 sept. 1892.
- Schütz.** — *Bulletin médical*, 20 janvier 1894.

- Sevestre.** — Première enfance et pleurésie. *Revue de clinique et thérapeutique*, 8 décembre 1887.
- Simmonds.** — *Deutsch archiv. für klin. Medicin.*, 1884.
- Jules Simon.** — *Gazette des hôpitaux*, 1875.
— *Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants*, t. I.
- Simon.** — *Pleurésies putrides chez l'enfant*, thèse de Paris, 1894.
- Sutherland.** — Empyème double dans l'enfance. *Lancet*, juin 1894.
- Szontagh.** — *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1891.
- Vargas.** — Empyème des enfants. *Congrès de pédiatrie et d'obstétrique*, 21 août 1895.
- Wittmann.** — Mortalité de l'empyème chez les enfants. *Lancet*, 1895.
- Wightmann.** — Empyème chez l'enfant. *Lancet*, 5 mai 1894.
- Wolbrecht.** — *Bulletin médical*, 1892.
-

Vu :

Le Président de la thèse,
DIEULAFOY.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
